



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Instituto de Ciências Sociais (ICS)  
Departamento de Antropologia (DAN)

GABRIELA OLIVEIRA SABADINI

**O ATENDIMENTO EM SAÚDE INDÍGENA NO DISTRITO FEDERAL:**  
etnografando as relações entre a biomedicina e medicinas indígenas no Hospital  
Universitário de Brasília (HUB)

BRASÍLIA  
2019

GABRIELA OLIVEIRA SABADINI

**O ATENDIMENTO EM SAÚDE INDÍGENA NO DISTRITO FEDERAL:**  
etnografando as relações entre a biomedicina e medicinas indígenas no Hospital  
Universitário de Brasília (HUB)

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos à obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sílvia Maria Ferreira  
Guimarães

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ximena Pamela Díaz  
Bermúdez

BRASÍLIA  
2019

GABRIELA OLIVEIRA SABADINI

**O ATENDIMENTO EM SAÚDE INDÍGENA NO DISTRITO FEDERAL:**

etnografando as relações entre a biomedicina e medicinas indígenas no Hospital  
Universitário de Brasília (HUB)

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de  
Brasília, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Bacharel em Ciências  
Sociais com habilitação em Antropologia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Coordenação do curso de Antropologia da Universidade de Brasília

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães  
Presidente da banca – Departamento de Antropologia – UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez  
Departamento de Saúde Coletiva – UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Ortolan  
Examinadora – Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente à minha família, que com muito afeto me apoiou durante toda minha formação escolar e acadêmica, compartilhando conselhos, experiências e muito amor. Um agradecimento especial à minha mãe, que mesmo me criando sozinha nunca faltou nas horas que mais precisei. Agradeço também às minhas tias Marina e Leninha, que muito me ensinaram sobre valores e sempre incentivaram minha curiosidade para compreender melhor o mundo.

Agradeço profundamente à minha namorada e companheira Luiza, que compartilha experiências e vivências comigo há cinco anos e sempre me transmite muita calma, sabedoria e amor nos momentos que mais preciso.

Minha gratidão especial aos amigos Fabíola, Felipe, Larissa, Luísa e Pedro Gabriel, que estiveram comigo durante esse processo e tornaram a vida mais leve e divertida.

Também agradeço às minhas colegas de graduação Luiza Bão, Mariana Simões e Renata Leal, pessoas com as quais sempre pude compartilhar angústias e alegrias.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães, que sempre consegue me transmitir motivação para seguir os caminhos que desejo.

Também agradeço muitíssimo à minha co-orientadora, professora Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez, que muito acrescentou perspectivas da Saúde Coletiva ao meu trabalho.

À professora Dra. Soraya Resende Fleischer e ao professor Dr. Tiago Ribeiro Duarte agradeço pelos ótimos conselhos e ensinamentos durante a graduação, sempre lembrarei dos dois com muito carinho.

Agradeço à diretora do Hospital Universitário de Brasília, professora Elza Ferreira Noronha, que desde o princípio incentivou minha pesquisa no hospital.

Também agradeço à toda equipe do Ambulatório de Saúde Indígena, em especial aos professores Edgar Hamann, Denise Severo, Maria da Graça Hoefel e

Maria Helena Ortolan. Igualmente, sou muito grata à Letícia dos Santos e ao Daniel Barroso, que muito me ajudaram compartilhando ensinamentos e informações importantes para pesquisa.

Por fim, agradeço aos moradores e lideranças indígenas do Santuário dos Pajés, assim como aos pacientes indígenas do Ambulatório de Saúde Indígena, que sempre se mostraram abertos e entusiasmados com minha presença nas consultas. Espero que meu trabalho possa contribuir para construção de uma atenção à saúde indígena mais acolhedora no Distrito Federal.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é pontuar e analisar os conflitos e interações existentes entre a biomedicina e as medicinas indígenas observadas nos atendimentos de saúde que ocorreram no Hospital Universitário de Brasília em 2018. Os procedimentos de investigação utilizados nesta pesquisa tiveram como base os princípios do método etnográfico. Entrevistas semiestruturadas e conversas informais também foram mantidas com médicos, pacientes e outros profissionais de saúde do hospital. Durante a pesquisa pude perceber que, ao contrário dos indígenas que vivem nas terras indígenas, aqueles que vivem nas cidades não possuem uma política de saúde específica que garanta a realização de um atendimento de saúde diferenciado. Por esses e outros fatores, os indígenas que vivem no Distrito Federal têm seus modos de viver e identidades étnicas colocadas em questão por muitos profissionais de saúde. Entretanto, ao acompanhar as consultas médicas realizadas à população indígena do Distrito Federal no Hospital Universitário de Brasília, pude perceber que os pacientes indígenas incorporaram tratamentos biomédicos às suas próprias práticas de saúde, compreendendo seus sintomas e utilizando os métodos biomédicos para seus próprios fins. Esses pacientes também seguem como tradutores entre mundos. A falta de ferramentas e técnicas entre os profissionais de saúde em relação à atenção de saúde em contextos interculturais gera conflitos entre esses profissionais e pacientes indígenas. Essa lacuna na formação desses profissionais nos faz refletir sobre a necessidade da biomedicina e da própria ciência contemporânea realizarem uma autocrítica sobre suas atuações e papéis na sociedade.

**Palavras-chave:** saúde indígena; biomedicina; medicinas indígenas; interculturalidade na saúde; indígenas nas cidades; Hospital Universitário de Brasília.

## **ABSTRACT**

The aim of this paper is to point out and analyze the conflicts and interactions between biomedicine and indigenous medicines observed in the service of health care that took place at the University Hospital of Brasília in 2018. The research procedures used were based on the principles of the ethnographic method. Semi-structured interviews and informal conversations were also held with doctors, patients and other hospital health professionals. During the research I noticed that, unlike indigenous people that live in the indigenous lands, those who live in the cities do not have a specific health policy that guarantees the provision of a differentiated health care. This fact, among others, might explain why indigenous people living in the Federal District have their ways of living and ethnic identities questioned by many health professionals. However, shadowing the medical consultations made to the indigenous population of Federal District at the University Hospital of Brasília, I noticed that indigenous patients incorporated biomedical treatments into their own health practices, understanding their symptoms and using biomedical methods for their own purposes. These patients are also translators between worlds. The lack of tools and techniques among health professionals regarding health care in intercultural contexts generates conflicts between these professionals and indigenous patients. This gap in the training of health professionals makes us reflect on the need for biomedicine and contemporary science to self-critique their proceeding and roles in society.

**Key words:** indigenous health; biomedicine; indigenous medicines; interculturality in health; indigenous people in the cities; University Hospital of Brasília.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
I. O interesse pelo estudo da saúde indígena e objetivos deste trabalho.....	16
II. Metodologia.....	18
III. Aprendizados e dificuldades em campo.....	20
<b>Capítulo 1 – A política pública de saúde indígena no Brasil.....</b>	<b>27</b>
I. Um breve histórico das políticas nacionais adotadas em relação à saúde indígena.....	27
II. Como o HUB se insere no fluxo nacional de atenção à saúde indígena.....	37
III. A criação do Ambulatório de Saúde Indígena/HUB e suas principais propostas.....	42
<b>Capítulo 2 – O HUB também inserido na atenção à saúde indígena aos indígenas que vivem no Distrito Federal.....</b>	<b>52</b>
I. A política de atendimento do HUB em relação aos indígenas do Distrito Federal.....	56
II. O atendimento aos indígenas do Santuário dos Pajés.....	60
III. Consultas semanais do ASI.....	78
<b>Capítulo 3 – A interculturalidade no atendimento de saúde à população indígena do Distrito Federal.....</b>	<b>98</b>
I. Conflitos e dificuldades entre a biomedicina e as medicinas indígenas.....	100
II. Saúde indígena e interculturalidade: o conceito de intermedicalidade.....	109
III. Constante necessidade de repactuações e diálogos.....	118
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>125</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>129</b>



## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1:** Mapa de Localização dos DSEIs. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/30/Apresentacao-Secretaria-Especial-de-Saude-Indigena.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2019.....34
- Figura 2:** Organização do DSEI e Modelo Assistencial do SASI. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/30/Apresentacao-Secretaria-Especial-de-Saude-Indigena.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2019.....39
- Figura 3:** Fluxo de circulação entre a CASAI-DF e o HUB. Fonte: Hospital Universitário de Brasília - Ambulatório de Saúde Indígena, 2017.....48
- Figura 4:** Tabela com os percentuais adicionais de incentivo aos hospitais universitários. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Incentivo à Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI): manual de orientação. Brasília: SESA, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/07/Manual-IAE-PI.pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.....50
- Figura 5:** Distribuição da população indígena no Distrito Federal. Fonte: GDF. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). População indígena: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.....53
- Figura 6:** População Indígena do DF, segundo região de origem. Fonte: GDF. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). População indígena: um primeiro

olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.....54

**Figura 7:** Distribuição da população indígena migrante por década de chegada ao DF. Fonte: GDF. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). População indígena: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.....55

**Figura 8:** Roda de conversa entre profissionais de saúde e lideranças indígenas do Santuário dos Pajés realizada no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.....72

**Figura 9:** Atendimento odontológico aos moradores do Santuário dos Pajés realizado no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.....73

**Figura 10:** liderança Guajajara do Santuário dos Pajés, sendo entrevistada por repórteres da TV Brasil no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.....73

**Figura 11:** Tabela com as etnias dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.....79

**Figura 12:** Gráfico com porcentagem das origens das etnias dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.....80

**Figura 13:** Gráfico com porcentagem do período de permanência dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.....81

**Figura 14:** Gráfico com porcentagem das sete etnias que mais demandaram atendimento nas consultas do ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.....82

**Figura 15:** Gráfico com porcentagem das sete faixas etárias que mais demandaram atendimento nas consultas do ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.....83

**Figura 16:** Tabela geral das etnias dos pacientes indígenas que se consultaram no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.....84

**Figura 17:** Gráfico com porcentagem das origens das etnias dos pacientes indígenas consultados no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.....85

**Figura 18:** Tabela geral das faixas etárias dos pacientes indígenas que se consultaram no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.....85

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS	Agente Indígena de Saúde
AMB	Área Metropolitana de Brasília
APS	Atenção Primária à Saúde
ASI	Ambulatório de Saúde Indígena
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CF	Constituição Federal
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIS	Comissão Intersectorial de Saúde
CISI	Comissão Intersectorial de Saúde Indígena
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
DAN	Departamento de Antropologia
DEOPE	Departamento de Operações
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DF	Distrito Federal
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
DSEI(s)	Distrito(s) Sanitário(s) Especial(is) Indígena(s)
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EPM	Escola Paulista de Medicina
EPS	Educação Popular em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
GT	Grupo Técnico
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte

HSP	Hospital São Paulo
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IAE-PI	Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBRAM	Instituto Brasília Ambiental
ICMBio	Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade
MAC	Média e Alta Complexidade
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NSI	Núcleo de Saúde Indígena
ONGs	Organizações Não Governamentais
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Contínua
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIX	Parque Indígena do Xingu
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RA(s)	Região(ões) Administrativa(s)
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SPI	Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
Terracap	Companhia Imobiliária de Brasília
TI(s)	Terra(s) Indígena(s)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UnB	Universidade de Brasília
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2012), existem 817,9 mil pessoas que se autodeclaram indígenas no quesito cor ou raça, representando 0,4% da população total do país. Essa parcela da população costuma ser vista de forma homogênea pelo senso comum, por meio da construção da categoria genérica do “índio”. Entretanto, dados sociodemográficos e diversos trabalhos antropológicos registram a existência de 305 etnias, falantes de 274 distintas línguas indígenas em território nacional (IBGE, 2012), o que representa a pluralidade de regimes de saberes e modos de viver existentes entre os grupos indígenas brasileiros.

É possível observar que situações de desigualdade social são predominantes entre as populações indígenas brasileiras, inclusive em relação à saúde, visto que esses cidadãos possuem os piores indicadores de saúde do país (BRASIL, 2015). Essas desigualdades não se dão por acaso, pelo contrário, elas têm profundas raízes históricas e foram construídas desde o período da colonização europeia no Brasil. Esse sistema escravizou, explorou, desarticulou e enfraqueceu os nativos aqui presentes, dizimando-os por meio de maus tratos; epidemias; trabalho forçado; proibição da prática de suas crenças, rituais e costumes; proibição da fala de suas línguas; racismo; confinamento compulsório em aldeamentos e internatos; entre muitas outras ações genocidas e etnocidas praticadas pelos colonizadores. Para se ter uma noção da proporção do extermínio praticado contra os povos indígenas que residiam no que chamamos de Brasil atualmente, estima-se que no início do século XVI a população indígena atingia cerca de cinco milhões de pessoas, número comparável à população da Europa nessa mesma época (BRASIL, 2002).

Esse cenário de desigualdade, apesar de ter adquirido outras características com o passar do tempo, se arrasta até os dias atuais, levando em conta o fato de que o Estado, muitas vezes, nega e deixa de incorporar em suas políticas a diversidade étnica e de saberes. Essa inabilidade por parte do Estado, seja ela proposital ou não, em aceitar a pluralidade étnica em seu interior, perpetuando ações excludentes e genocidas, tem sua origem nos ideais assimilacionistas e de tutela das políticas adotadas em relação aos povos indígenas. Estas foram defendidas e praticadas pelos governos luso-brasileiros desde o início da colonização portuguesa no Brasil e,

posteriormente, já no século XX, pela própria política indigenista brasileira, discussão que será aprofundada ao longo deste trabalho (LIMA, 1995).

Foi recente, apenas no final da década de 1980, com a Constituição Federal (CF) de 1988, que houve o reconhecimento legal dos direitos dos povos indígenas em relação “às suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas” (GARNELO, 2012: 20). Essa mudança no cenário político-jurídico brasileiro obteve-se através de muita articulação entre os povos indígenas e da participação ativa de líderes indígenas de diversas etnias e regiões. Entretanto, é importante ressaltar que mesmo com esses direitos garantidos constitucionalmente, na prática, muitas vezes, estes não são assegurados. Sendo assim, “assegurar a plena efetividade ao texto constitucional é o desafio que está posto. Cabe aos índios, mas também às suas organizações, entidades de apoio, universidades, Ministério Público e outros mais” (PIB; ISA, 2018).

Dentre as diversas políticas públicas que passaram a ser discutidas no processo de redemocratização, a questão da saúde entre as populações indígenas do Brasil, assim como a questão do território, obteve certo destaque. Isso se deve à atuação do movimento indígena, que lutou vigorosamente no processo da constituinte diante do contexto que se encontravam, pois, desde o século XV, os povos indígenas viveram sob ataque e foram gravemente afetados por conta de processos de colonização e frentes econômicas sobre suas vidas. Com a consolidação do Estado brasileiro, esses povos continuaram a receber uma atenção à saúde despreparada e pouco eficiente considerando suas especificidades. Diante deste cenário, o espaço de discussão sobre a questão da saúde indígena passou a ser “um dos principais instrumentos de inserção no contexto político nacional, enfatizando suas reivindicações por autonomia e pela autogestão das atividades e recursos” (NOVO, 2011: 1363).

Sendo assim, uma política de saúde diferenciada e específica para atender as populações indígenas do país começou a ser desenhada em conferências sobre o tema e culminou com a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), um dispositivo vinculado à Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Lei nº 9.836 apenas em 1999, mais de uma década depois

da nova Constituição (GARNELO, 2012). O SASI instituiu como forma de organização 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), unidades criadas para garantirem aos povos indígenas o acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades específicas de cada comunidade. Posteriormente, em 2002, por meio da Portaria nº 254 do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi inaugurada, estabelecendo formalmente um fluxo de atendimento à saúde dos povos indígenas, que será explicado neste trabalho.

Ao contrário do que comumente pensa-se sobre os povos indígenas, sua diversidade está distribuída tanto nas Terras Indígenas (TIs) demarcadas ou não pelo Estado, quanto nas cidades, o que complexifica e dificulta ainda mais o acesso desses cidadãos aos seus direitos, especialmente quando falamos dos indígenas que vivem ou nasceram nas cidades (CRUZ & GUIMARÃES, 2016). Segundo o Censo Demográfico de 2010, 36,2% do número total de pessoas que se autodeclararam indígenas residiam na área urbana e 63,8% na rural (IBGE, 2012), resultado que revela a grande quantidade de indígenas que residem nas áreas em contextos urbanos do país.

Portanto, o Distrito Federal (DF) pode parecer distante das discussões que se referem aos indígenas, visto ser um ente federativo novo e não tão povoado por indígenas como outros estados brasileiros, além de não possuir nenhuma TI oficialmente identificada na região. Entretanto, o DF conta com aproximadamente seis mil indígenas (IBGE, 2012) e, além disso, “as instituições de saúde desse ente da federação recebem indígenas de vários estados brasileiros no fluxo de referência e contra-referência [...], o que revela a necessidade de se discutir e pensar a atenção à saúde dos povos indígenas nessa localidade” (ROSA & GUIMARÃES, 2016: 328).

Indígenas que vêm encaminhados de TIs de outros estados e encontram-se hospitalizados ou procuram algum tipo de atendimento médico no DF percorrem uma grande trajetória dentro do SUS até chegar nesse ente federativo. Há um deslocamento espacial e temporal, onde adentram outro universo de conhecimento terapêutico, alimentação e cuidados com o corpo, o que provoca muitos dilemas para eles e para os profissionais de saúde. Em contrapartida, os indígenas que residem no DF, principal foco deste trabalho, ou em outras cidades do país, vivenciam outros problemas, caracterizados pelo fato de que a política pública de atenção à saúde



indígena não engloba esses indígenas em seu fluxo oficial, nem reconhece a necessidade de um atendimento diferenciado entre os povos indígenas que habitam nos espaços urbanos, que procuram efetivar seus direitos por outros meios e acordos.

Tendo esta breve contextualização em mente, pretendo, nas seções que seguem esta introdução, elencar a justificativa e objetivos deste trabalho; a metodologia e, por fim, a experiência do trabalho de campo no Hospital Universitário de Brasília (HUB). No primeiro capítulo, falarei mais detalhadamente sobre a política de atenção à saúde indígena no Brasil, localizando o DF e o HUB neste fluxo. No segundo capítulo, explicarei brevemente a situação dos indígenas que vivem no DF e a atenção à saúde que eles recebem. No terceiro capítulo, deter-me-ei a falar sobre a questão da interculturalidade na saúde, focando no contato entre a ciência e a biomedicina com epistemologias indígenas que puderam ser observadas em campo e em outros relatos etnográficos. Esse contato constitui um grande desafio para a organização e atenção à saúde dos povos indígenas, inclusive no âmbito dos DSEIs. Por fim, uma conclusão com reflexões e sugestões para a política pública de saúde indígena será feita e encerrará este trabalho.

## **I. O interesse pelo estudo da saúde indígena e objetivos deste trabalho**

Desde criança sempre fui extremamente envolvida e interessada pela área da saúde, mais especificamente pela medicina, pelo fato de dois familiares muito próximos a mim serem médicos: meu avô e minha tia. Morei com eles durante meus primeiros 17 anos e lembro-me de, quando criança, brincar com seus jalecos, estetoscópios e palitos para examinar garganta. Pela curta diferença de idade, pude acompanhar a graduação da minha tia e lembro-me também de brincar com aqueles livros enormes e pesados, tentando achar palavras complicadas e imagens, além de sempre ouvir os comentários e discussões entre os dois sobre o assunto. Sendo assim, tive oportunidade de perceber a diferença entre uma formação mais clássica e antiga de um médico que escolheu se especializar na área de otorrinolaringologia, meu avô, e uma formação mais flexível e recente de uma médica que decidiu fazer especialização em psiquiatria, que inclusive é uma área preterida entre médicos mais conservadores até os dias atuais.

Apesar de sempre ter admirado muito a medicina, também passei a perceber suas subjetividades e fragilidades desde os sete anos de idade, quando fui acometida

por uma grave depressão infantil, que demorou três anos, entre melhoras, recaídas e diversas idas a diferentes médicos, para ser diagnosticada e tratada. Essa experiência me fez perceber a existência de diferentes tipos de médicos e interpretações clínicas dentro de uma ciência que sempre pregou ser objetiva e exata. Aos 10 anos de idade iniciei meu tratamento com uma psiquiatra e obtive uma melhora indiscutível, mas que tampouco foi rápida ou uniforme, passando igualmente por períodos de melhoras e recaídas, altas e retornos.

Estando no papel de uma pessoa enferma por tantas vezes e durante tanto tempo, passei a perceber que quase nunca o processo de cura, especialmente quando estamos falando de doenças crônicas ou prolongadas, é composto de apenas uma estratégia terapêutica. No meu caso, por exemplo, recorri a medicação, diversos psicólogos, pedagogos, professores, religiões e doutrinas religiosas, esportes, música, meditação e apoio de pessoas próximas. Todas essas estratégias as quais eu recorri foram formas que encontrei para manejar meu sofrimento e todas elas foram igualmente importantes para o meu processo de melhora.

Quando ingressei na Universidade de Brasília (UnB) para o curso de Ciências Sociais não conhecia a Antropologia, muito menos sabia que existia uma área dentro dessa disciplina dedicada exclusivamente ao estudo da saúde, pois tinha entrado no curso pelo meu interesse em Sociologia, que surgiu no Ensino Médio. Porém, ao longo da graduação, optei por me habilitar em Antropologia e escolhi escrever meu Trabalho de Conclusão de Curso na área da Antropologia da Saúde, por motivos que não refleti na época, mas que hoje em dia estão mais do que óbvios para mim e foram descritos nos parágrafos acima. Não sabia exatamente com qual tema gostaria de trabalhar, mas na procura por uma orientadora encontrei a Professora Dra. Sílvia Guimarães, que me sugeriu fazer o trabalho de campo com indígenas hospitalizados no HUB, hospital o qual eu já estava familiarizada, pelo fato do meu avô já ter trabalhado e dado aulas lá. Por mais que não tivesse me aprofundado nos estudos sobre populações indígenas antes disso, me animei com a proposta, até mesmo porque vi nesse tema uma oportunidade de também poder observar o contato entre diferentes epistemologias, uma das áreas de estudo da Antropologia da Ciência, outra área que sempre me interessou.

Sendo assim, o objetivo principal deste trabalho é pontuar e analisar os conflitos e interações existentes entre a biomedicina e outras epistemologias consideradas não-científicas pela ciência hegemônica, que no caso desta pesquisa são algumas das diversas medicinas indígenas que puderam ser observadas em campo. Ou seja, não se pretende aqui compreender individualmente e detalhadamente as práticas e crenças médicas indígenas ou biomédicas, e sim as duas em interação nos atendimentos de saúde que ocorreram no Hospital Universitário de Brasília em 2018.

Para que este tema seja melhor compreendido, elenquei três objetivos específicos. O primeiro deles pretende analisar como esse assunto é concebido dentro da política pública de saúde indígena, o que torna necessária uma explicação histórica da evolução dessa política. O segundo objetivo específico pretende perceber, para além dos conflitos, a área de contato e negociação entre essas duas epistemologias, ou seja, a interculturalidade na saúde, que é colocada em ação quando profissionais de saúde e pacientes indígenas se encontram no atendimento. Por fim, o terceiro e último objetivo específico visa contribuir, por meio de reflexões de cunho antropológico, na construção de uma atenção à saúde indígena menos conflituosa e mais eficiente.

## **II. Metodologia**

Os procedimentos de investigação utilizados nesta pesquisa e as técnicas pertinentes a esses procedimentos tiveram como base os princípios do fazer etnográfico. Segundo Roberto Cardoso de Oliveira (1998), existem três etapas de apreensão dos fenômenos sociais: o “olhar”, o “ouvir” e o “escrever”. O “olhar” é a primeira etapa e inicia-se antes mesmo de o trabalho de campo começar, pois o olhar da pesquisadora é teoricamente domesticado por meio de leituras e informações que se obtém antes da pesquisa empírica. Essas informações nos guiam quando estamos em campo, ou seja, todos os fenômenos observados são associados às nossas leituras e ensinamentos sociais e acadêmicos.

No caso deste trabalho, a primeira etapa concretizou-se com leituras que foram realizadas sobre o tema na disciplina “Seminários”, do Departamento de Antropologia (DAN), a qual a aluna deve escolher seu tema de pesquisa, realizar uma busca bibliográfica e ler os textos encontrados, tendo que produzir um projeto de pesquisa

ao fim da disciplina. Porém, para além dessa preparação consciente da pesquisadora sobre o tema que será pesquisado, é importante ressaltar que o “olhar” também é domesticado por meio de experiências e informações adquiridas ao longo da vida da pessoa. Sendo assim, as observações feitas em campo no Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) do HUB foram, desde o princípio, relacionadas com leituras e vivências da autora.

A segunda etapa é o “ouvir” e com este realiza-se o entendimento de tudo aquilo que não pode-se compreender apenas com o “olhar”, ou seja, aqui a pesquisadora entenderá o significado dos fenômenos observados para o(s) grupo(s) ou sociedade(s) em questão. Para isso, foram organizadas entrevistas semiestruturadas abertas, que foram realizadas com médicos, pacientes e outros profissionais de saúde. Essas entrevistas, na maior parte das vezes, foram feitas por meio de anotações, por sentir que o gravador intimidou e podou os entrevistados, que, por sua vez, encontravam-se dentro do ambiente hospitalar, seja por motivos de trabalho ou atendimento. Conversas informais também foram muitas, especialmente com os pacientes indígenas, enquanto aguardavam o atendimento ou durante algumas pausas nas consultas, mas também com os profissionais de saúde, seja nas reuniões, nos corredores do hospital ou no próprio atendimento.

A observação participante foi uma técnica mantida durante todo o trabalho de campo, tanto nas consultas médicas e internações, quanto em outras atividades promovidas e realizadas pelo hospital, como reuniões, oficinas e mutirões de saúde em território indígena. Tim May destaca que esse método “encoraja os pesquisadores a mergulharem nas atividades do dia-a-dia das pessoas as quais eles tentam entender” (MAY, 2004: 174). Tal prática de imersão é reconhecida por Malinowski desde o início do século passado, que destaca que “há uma série de fenômenos de suma importância que de forma alguma podem ser registrados apenas com o auxílio de questionários ou documentos estatísticos, mas devem ser observados em sua plena realidade” (MALINOWSKI, 1976: 33).

O “escrever” é a última etapa do procedimento de apreensão de fenômenos sociais, processo no qual a pesquisadora tentará traduzir sua experiência de campo para uma linguagem que seja compreensível ao leitor que não esteve em campo. Citando Geertz, Cardoso de Oliveira explica que existem duas etapas na pesquisa da

antropóloga: 1) a parte do *being there* (estando lá), que é quando o pesquisador está em campo vivendo as experiências; e 2) a parte do *being here* (estando aqui), em seu gabinete, com suas colegas, em sua faculdade e contexto social, que é quando a autora escreve seu trabalho e se esforça para produzir informações por meio da atividade do pensamento (GEERTZ, 1988 *apud* CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998: 25). Segundo o autor, é o escrever “estando aqui” que cumpre a mais alta função cognitiva da pesquisadora, pois é quando há uma textualização dos fenômenos observados “estando lá” para o plano de discurso. Para que essa tradução escrita pudesse ser feita com a maior fidelidade possível, diários de campo com impressões, observações, esquemas, conversas e entrevistas foram mantidos de maneira sistemática ao longo de toda a pesquisa.

Essas três etapas, realizadas conjuntamente, resumem o fazer etnográfico antropológico, que segundo Mariza Peirano (2018) não é – ou não deveria ser – apenas uma metodologia para a pesquisa antropológica, e sim a própria teoria vivida. Segundo a autora, a etnografia e a teoria são um par inseparável. Portanto, para ela, no fazer etnográfico a teoria está em ação, emaranhada nas evidências empíricas. Peirano, assim como Roberto Cardoso de Oliveira (1998), também destaca que o grande desafio da etnografia é transformar a vivência em campo em texto, ou seja, “tudo o que foi experiência antes precisa agora adquirir uma forma escrita” (PEIRANO, 2018: 16) e não existem receitas preestabelecidas para esta tarefa.

### **III. Aprendizados e dificuldades em campo**

Como já mencionado nesta introdução, no fim da graduação decidi que queria pesquisar na área de Antropologia da Saúde, mas não tinha pensado em um tema específico. Sendo assim, na procura por uma orientadora que trabalhasse com o tema, por indicação da Professora Dra. Soraya Fleischer, conheci a Professora Dra. Sílvia Guimarães, que na época era nova no Departamento de Antropologia. Marcamos uma reunião e ela me apresentou alguns projetos e linhas de pesquisa que estava trabalhando. Entre eles, havia uma pesquisa sobre saúde indígena no DF, a ser realizada no HUB. De primeira já me interessei, pois, além do hospital ser próximo ao Campus Darcy Ribeiro, meu avô deu aula e trabalhou lá por muitos anos, fator que enxerguei como favorável para minha entrada em campo. Vendo meu interesse, a professora explicou que a ideia seria acompanhar os pacientes indígenas

hospitalizados e me passou algumas referências sobre o tema. Após ler os primeiros textos, me interessei e decidi seguir com este trabalho.

Tendo definido o tema e local de pesquisa, o próximo passo seria conhecer, assim que o projeto de pesquisa da disciplina “Seminários” estivesse melhor delineado, a equipe do HUB responsável pela internação indígena e me inteirar do regulamento para realização de pesquisas no hospital, pois fui orientada pela professora Sílvia que o processo de entrada na instituição poderia demorar bastante e atrasar o semestre seguinte. Sendo assim, um pouco depois de completado metade do andamento do semestre letivo, entrei em contato com o setor de pesquisa do hospital e eles me passaram uma série de documentos que deveriam ser assinados, sendo um deles pela chefia da área onde a pesquisa seria realizada e outro pela diretoria do hospital.

Sabendo que meu avô conhecia bem os trâmites do hospital, encontrei-me com ele um dia no HUB para tentarmos conseguir as assinaturas. Enquanto estávamos procurando algum responsável, entramos em uma sala onde estava ocorrendo uma reunião da equipe de saúde indígena do hospital com a diretoria. Todos os profissionais presentes nos receberam bem e, assim, eu me apresentei à todas falando sobre meu curso e projeto de pesquisa, que estava em preparação. A equipe da diretoria do hospital não hesitou em assinar a autorização para pesquisa, alegando que era mais do que necessário a realização de pesquisas antropológicas na área. Para que o outro documento fosse assinado pela chefia da saúde indígena, a equipe do ASI do HUB, o qual será devidamente apresentado no Capítulo 1 deste trabalho, convidou-me para conhecer o ambulatório em uma das reuniões que ocorrem semanalmente, para falar melhor sobre minha pesquisa.

Compareci à reunião, apresentei-me para o resto da equipe e falei novamente sobre meu tema, explicando que o projeto de pesquisa ainda não estava completamente pronto, pois ele seria o produto final da matéria “Seminários”, do DAN, que eu estava cursando naquele semestre. No fim, expliquei que no semestre seguinte deveria me matricular na disciplina “Excursão Didática de Pesquisa”, também do DAN, a qual a aluna deve fazer seu trabalho de campo, para que no outro semestre a monografia de fim de curso pudesse ser escrita. Por acreditar que já estava quase tudo certo, considerando que já tinha conseguido a assinatura da diretora do hospital,

falei que seria bom já deixar os papéis em dia, pois o semestre letivo é corrido para realização do trabalho de campo, e pedi a assinatura da chefia. Alguns membros da equipe acharam melhor esperar mais para acertar a documentação e pediram para, enquanto isso, eu ir comparecendo às reuniões semanais, que ocorrem semanalmente às terças-feiras, de 12h às 14h, e têm um papel fundamental na construção das atividades e reflexões do ASI. As reuniões possuem agenda aberta e participativa, onde todos os membros (estagiários, professores e técnicos) expõem suas ideias ou problemas e, assim, a reunião seguinte e outras atividades do ASI são pensadas coletivamente.

Nessa hora fiquei apreensiva, pois o horário das reuniões era incompatível com minha agenda, mas, ao mesmo tempo, senti que minha presença era imprescindível para que eu pudesse estabelecer um vínculo de confiança com os membros do ASI. Sendo assim, falei para a equipe que o horário da reunião era bem difícil para mim, mas que ia comparecer a algumas reuniões e atividades até o fim do semestre, e assim o fiz. Nesse período, tive a oportunidade de participar de um Mutirão de Saúde Indígena organizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), intitulado “Ebserh Solidária”, que ocorreu no final de 2017 no Santuário dos Pajés, território indígena localizada no Noroeste. Nesse mutirão, foram realizadas consultas de pediatria, odontologia e clínica geral, além da vacinação da população. Ali tive meu primeiro contato com o atendimento direcionado às populações indígenas do DF e pude observar os posicionamentos das autoridades do hospital, das lideranças indígenas e dos profissionais de saúde do HUB e da Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 2 da Asa Norte, unidade responsável pelo atendimento dos indígenas do Santuário dos Pajés. Foi também nesse dia que avistei o Dr. Danilo<sup>1</sup>, médico que tinha começado a atender no ASI há pouco tempo, e que, coincidentemente, foi colega de graduação da minha tia. Por já conhecê-lo, fiquei com ele durante as atividades do mutirão e pude tirar algumas dúvidas sobre o atendimento que ele estava fazendo.

No semestre seguinte, no início de 2018, me matriculei na disciplina “Excursão Didática de Pesquisa”, como previsto, e estava preparada para iniciar o campo. Participei da primeira reunião do semestre no ASI e no fim pedi para que assinassem a autorização para realização da pesquisa. A chefia do ambulatório pediu para que eu

---

<sup>1</sup> Nome fictício para preservar a identidade do profissional.

retornasse na reunião da semana seguinte para apresentar meu projeto de pesquisa, que tinha ficado pronto no fim do semestre anterior, aos novos estagiários e à equipe. Voltei na semana seguinte e apresentei meu projeto para todas, elencando os objetivos e metodologia da pesquisa, que, resumidamente, visava observar, por meio de observação participante, indígenas internados no HUB e os conflitos vivenciados por estes. Recebi alguns questionamentos e procurei respondê-los de maneira mais clara possível, recebendo apoio da Professora Dra. Ximena Pamela Bermúdez, antropóloga membra do ASI e professora no Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da UnB, que me ajudou a explicar para todas como a pesquisa etnográfica é realizada. Nesse momento, estabeleci uma relação de maior conexão com a professora Pamela, pois até então não sabia que tinha uma antropóloga na equipe. A professora passaria a ser minha co-orientadora.

Porém, a autorização para realização da pesquisa não foi assinada nesse dia e a partir desse momento passei a questionar se era o caso de mudança de tema de pesquisa, pois estava vivendo um dilema ético em campo: ao mesmo tempo que gostava do tema e poderia tentar iniciar o acompanhamento dos indígenas na internação por já conhecer minimamente a equipe e funcionamento do ASI, não queria iniciar a pesquisa sem as autorizações oficiais exigidas pelo hospital. Decidi, então, começar “comendo pelas beiradas” e aproveitei meu contato paralelo com o Dr. Danilo, que, como já mencionado, tinha começado a atender no ASI em agosto de 2017, e consegui entrevistá-lo acerca da sua recente experiência de trabalho com a população indígena. Ele foi muito receptivo e aberto na entrevista e no fim me chamou para acompanhar as consultas que ocorriam semanalmente no ASI. Aceitei o convite e pude observar pela primeira vez as consultas à população indígena do DF e passei a ir periodicamente ao ASI para acompanhá-las. Entretanto, continuava aflita, pois não tinha conseguido começar a acompanhar os indígenas que estavam na internação e tampouco tinha conseguido a assinatura permitindo oficialmente minha pesquisa.

Por ter começado a acompanhar algumas consultas no ASI, pude conhecer melhor a equipe administrativa do ambulatório, que, entre outras funções, deve receber e acolher os pacientes que vão ser atendidos no HUB. Conversava bastante com os profissionais da equipe sobre minha pesquisa e experiência de campo e todos sempre se mostraram extremamente abertos e pacientes para tirarem minhas dúvidas sobre assuntos diversos relacionados ao ASI. Até que um dia a equipe administrativa



do ambulatório sugeriu que eu deixasse o documento de autorização de pesquisa no local, para que a chefia do ASI assinasse sem que eu precisasse solicitar novamente. Aceitei a proposta e aproximadamente um mês depois me entregaram o documento assinado. Esse foi o marco que oficializou minha entrada como pesquisadora no ASI e, a partir de então, comecei a conhecer com mais profundidade a rotina do ambulatório.

Com todos os documentos em dia, agradei a chefia do ASI pela assinatura e pude visitar a internação pela primeira vez com o professor Edgar Hamann, médico membro do ASI e professor do DSC/UnB. Chegando lá, nos dirigimos ao leito do paciente indígena internado, um senhor do Xingu, da etnia Nafukuá (Kalapalo), que estava com problemas urinários graves, decorrentes de uma cirurgia de próstata que havia sido feita meses atrás. Um de seus netos estava acompanhando-o e viajou com ele da TI até Brasília para o atendimento médico e internação. Edgar e eu tentamos conversar com o senhor, mas ele falava pouco em português e pelo fato de estar sentindo muita dor não conseguiu nos responder. Falamos então com seu neto para checar como estava sendo feito o atendimento. Tampouco obtivemos respostas detalhadas, o jovem respondia com um “sim” ou “não”, afirmando que o atendimento estava sendo feito corretamente e que não havia nenhum problema ou especificidade a declarar.

Essa situação se repetiu nas outras vezes que fui observar pacientes indígenas na internação: não havia tanta abertura por parte dos pacientes como havia nas consultas do ASI destinadas à população indígena do DF. Além disso, quando a informação de que havia um indígena internado na Clínica Médica do HUB chegava no ASI e eu ia visitar o paciente, repetidas vezes ele não estava mais lá, pois já tinha recebido alta. Ou seja, a maioria das internações tinham uma duração curta, de aproximadamente duas ou três noites. Também existiam períodos em que, por falta de demanda, o HUB ficava por algum tempo sem receber indígenas na internação. Todos esses fatores dificultavam uma percepção aprofundada e um contato prolongado com os pacientes e com o ambiente da internação em si, que é essencial para o estabelecimento de vínculos.

Percebendo isso, resolvi que seria mais produtivo acompanhar as consultas semanais que ocorrem no ASI para atender a população indígena do DF. Até porque,

quando um paciente internado possui um quadro mais crítico ou uma internação prolongada, isso é repassado nas reuniões semanais que ocorrem no ASI, fator que facilitava minha visita à internação nesses casos específicos. Estabeleci um contato muito bom com o médico, o Dr. Danilo, que me recebeu muito bem no consultório, estando aberto aos debates e questões que surgiam. Também pude conhecer e aprender muito com uma estudante indígena de Medicina na UnB, que também acompanhava e auxiliava nas consultas. Além dessa disponibilidade por parte do médico, percebi que os pacientes que ali estavam tinham demandas menos graves e complexas, e, por isso, também estavam mais abertos para conversar sobre assuntos diversos. Os pacientes também retornavam para mostrar exames ou para retornos e, assim, pude acompanhar vários casos do começo ao fim, conhecendo melhor cada paciente e estabelecendo uma relação mais profunda com eles.

Com meu estabelecimento oficial em campo, pude construir uma relação mais fluida e íntima com a equipe do ASI, especialmente nas reuniões semanais que ocorriam às terças-feiras. Muitas vezes podia contribuir falando sobre alguns casos e reflexões acerca do atendimento à população indígena do DF e, assim, passei a fazer parte da equipe em todos os aspectos: participei de algumas reuniões com a diretoria do HUB e com a equipe da UBS nº 2 da Asa Norte; participei de atividades que ocorreram no Santuário dos Pajés; pude visitar a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) do DF com a equipe do ASI; visitei a internação do HUB outras vezes; conheci o DSC da UnB; entre outras atividades realizadas pela equipe do ASI. Como já mencionado, também tive oportunidade de estabelecer uma excelente relação com a professora Pamela, que aceitou o convite de me co-orientar nesta monografia de fim de curso.

Por ter conseguido estabelecer uma relação mais dinâmica apenas no fim do semestre da disciplina “Excursão Didática de Pesquisa”, optei por continuar em campo no segundo semestre de 2018. Sendo assim, tive uma experiência de campo de um ano, o dobro previsto para a graduação, o que me proporcionou um contato e uma percepção mais aprofundada sobre as dinâmicas e local de pesquisa. Concluo que, apesar de ter tido dificuldades para me fixar oficialmente em campo, pude ter uma experiência muito positiva e agregadora. Compreendo que essa dificuldade inicial ocorreu, em parte, pelo receio da equipe do ASI em ter uma pessoa desconhecida

que estivesse interessada apenas em seu tema de pesquisa, e não em contribuir com o ambulatório como um todo.

Considero que esse receio é totalmente compreensível, especialmente levando em conta as diferenças epistemológicas, metodológicas e práticas entre a Antropologia, meu curso, e a Saúde Coletiva, curso e campo de atuação de quase todos os alunos e professores do ASI. De fato, quando entrei em campo pretendia focar na internação para ter um contato profundo e prolongado com os conflitos vivenciados pelos pacientes indígenas e profissionais do hospital. Tal imersão em campo, focada no problema de pesquisa da pesquisadora, é uma prática bastante comum na Antropologia. Porém, entrando em contato com uma equipe que faz parte de outra formação epistemológica, muito mais focada em planos de ação, em políticas públicas e na interdisciplinaridade, passei a enxergar as ações e políticas do ASI como um todo. Por isso, passei a participar da rotina do ambulatório e mais que isso, passei a fazer parte de uma equipe, que esperava e ainda espera minha contribuição. Quando compreendi isso, as portas se abriram e a experiência de campo foi muito mais completa, inclusive porque também aprendi como a pesquisa antropológica pode contribuir e intervir na realidade.

## **CAPÍTULO 1**

### **A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL**

Neste primeiro capítulo pretende-se realizar uma revisão histórica das políticas adotadas pelo Estado brasileiro em relação à saúde dos povos indígenas, desde o início da colonização até os dias atuais. Além disso, pretende-se localizar o Distrito Federal e o Hospital Universitário de Brasília dentro do fluxo da política pública de saúde indígena adotada atualmente no Brasil. Sendo assim, na primeira seção deste capítulo, intitulada “Um breve histórico das políticas nacionais adotadas em relação à saúde indígena”, será realizada a revisão histórica já mencionada, que tem como objetivo apresentar contextualizadamente ao leitor a política adotada nos dias de hoje em relação a saúde dos povos indígenas. Na segunda seção, intitulada “Como o HUB se insere no fluxo nacional de atenção à saúde indígena”, pretende-se introduzir o DF e, mais especificamente, o HUB, local onde foi realizado o trabalho de campo, nesta discussão. Serão mostrados os fluxos estabelecidos pela PNASPI para o atendimento em saúde indígena e alguns quantitativos de instituições do DF envolvidas com a saúde indígena. Por fim, na terceira e última seção, intitulada “A criação do Ambulatório de Saúde Indígena/HUB e suas principais propostas”, será apresentado o Ambulatório de Saúde Indígena do HUB, bem como suas diretrizes, fluxos e história de inauguração.

#### **I. Um breve histórico das políticas nacionais adotadas em relação à saúde indígena**

Como já descrito na Introdução deste trabalho, o sistema colonial imposto pelos europeus no Brasil escravizou, explorou, desarticulou e enfraqueceu os povos indígenas que viviam aqui, dizimando-os por meio de maus tratos; epidemias; trabalho forçado; proibição da prática de suas crenças, rituais e costumes; proibição da fala de suas línguas; racismo; confinamento compulsório em aldeamentos e internatos; entre muitas outras ações genocidas e etnocidas praticadas pelos governos coloniais e até mesmo pelos governos republicanos, que perpetuaram muitas dessas ações. Sendo assim, desde 1500, os povos indígenas vivem situações impostas de desigualdade social e econômica, inclusive na saúde. Diante dessas desigualdades, que culminaram em extermínios em massa de indígenas, os governos desenvolveram

diferentes estratégias para lidarem com essas situações. E os povos indígenas reagiram também a tais práticas avassaladoras.

No início da colonização portuguesa, os povos indígenas eram assistidos por missionários católicos, que agiam de forma integrada às políticas de governo. Estes eram responsáveis por catequizar e alfabetizar os indígenas em aldeamentos e internatos, espaços criados para controlar suas ações e crenças, delimitar seus territórios e até mesmo para separar indígenas que pertenciam ao mesmo grupo étnico. Esse tipo completamente disperso de assistência à saúde foi adquirir outra faceta apenas no início do século XX, quando, para expandir as fronteiras econômicas do país, construíram linhas telegráficas e ferroviárias rumo ao Centro-Oeste brasileiro. Essa expansão territorial ampliou os numerosos massacres de indígenas, seja por conta de conflitos ou pelo contato com doenças transmissíveis até então desconhecidas pelos indígenas do interior do país (BRASIL, 2002).

A quantidade assustadora de mortes entre as populações indígenas culminou, em 1910, na criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e visava enquadrar progressivamente os indígenas e suas terras ao sistema produtivo nacional. Ou seja, por considerarem que os indígenas se encontravam num estágio primitivo e infantil da humanidade, projetos educacionais e agrícolas com forte caráter positivista e evolucionista foram criados, visando a assimilação progressiva dos indígenas à sociedade nacional (*ibidem*). Sendo assim, a política indigenista brasileira<sup>2</sup> “foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público [...]” (GARNELO, 2012: 19) e pela tutela, uma medida jurídica que delegava ao órgão indigenista oficial o direito de tomar decisões pelas comunidades indígenas, prática que se tornou característica desta política até o final do século XX.

---

<sup>2</sup> A política indigenista, segundo matéria do Museu do Índio da FUNAI, é composta por “iniciativas formuladas pelas diferentes esferas do Estado brasileiro a respeito das populações indígenas”. Matéria completa disponível no link: <http://www.museudoindio.gov.br/educativo/pesquisa-escolar/241-politica-indigenista>. Acesso em: 19 ago. 2019. No caso brasileiro, o órgão indigenista oficial do Estado era o SPI, que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), entidade criada durante a ditadura militar. Segundo Garnele, “ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros” (GARNELO, 2012: 19).

Apesar do SPI ter sido criado, a assistência à saúde dos povos indígenas continuou desorganizada e esporádica e “não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de ‘pacificação’” (BRASIL, 2002: 07). Na década de 1950, por exemplo, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, que tinha como objetivo levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais que viviam em áreas de difícil acesso. Essas ações de saúde ocorriam esporadicamente e eram voltadas apenas para a vacinação, atendimento odontológico e controle de doenças transmissíveis, como a tuberculose (BRASIL, 2002).

Em 1967, o SPI foi extinto e a FUNAI assumiu o cargo de órgão indigenista oficial do Estado. No entanto, as estratégias de atenção à saúde dos povos indígenas pouco mudaram. Baseando-se no modelo do SUSA, a FUNAI criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), responsáveis por realizar atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho dos profissionais de saúde local (*ibidem*). Porém, com o passar do tempo, os profissionais das EVS fixaram-se nos centros urbanos e a presença dessas equipes nas aldeias se tornou cada vez mais esporádica, até deixar de existir. Alguns desses profissionais, geralmente pouco qualificados, passaram a executar ações assistenciais curativas e emergenciais nos postos indígenas de saúde (*ibidem*). Sendo assim, as ações de atenção à saúde indígena ignoravam o fato de que as populações indígenas possuem seus próprios sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e ao processo de cura.

Segundo Matos (1997), a estrutura paternalista e autoritária da política indigenista oficial brasileira continuou após criação da FUNAI e impossibilitou aos índios um processo de organização política mais independente. Sendo assim, ainda segundo a autora, “a organização do movimento pan-indígena no Brasil, na década de 70, contou com o apoio financeiro e político de não-índios que se diziam amigos e aliados dos povos indígenas” (MATOS, 1997: 47). Nesse sentido, um dos principais aliados à luta indígena foi o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), representando a ala progressista da Igreja Católica. Matos (1997) destaca que durante o período de maior repressão da ditadura militar a Igreja Católica foi uma das instituições mais atuantes na defesa dos direitos humanos. Inspirados pela Teologia da Libertação, os

representantes católicos passaram a combater as desigualdades e violências elegendo os “oprimidos” como agentes de libertação e transformadores da sociedade.

Sendo assim, Matos (1997) destaca que a participação ativa dos oprimidos nos movimentos políticos em defesa de seus direitos foi defendida pela Teologia da Libertação como parte de um processo de conscientização. Foi essa mudança na postura e na prática missionária da Igreja Católica na América Latina que deu condições organizacionais e materiais para a formação de um movimento pan-indígena brasileiro na década de 1970, ou seja, um movimento indígena unificado e nacional (*ibidem*). O CIMI passou a considerar o modelo de desenvolvimento econômico das décadas de 1970 e 1980 como a principal ameaça à sobrevivência física e cultural dos indígenas no Brasil. Sendo assim, a política indigenista oficial passou a ser severamente criticada “por ter servido de instrumento nas mãos do regime militar para a expansão capitalista sobre os territórios indígenas” (MATOS, 1997: 72).

O CIMI foi, segundo Matos (1997), um agente externo indispensável à organização do movimento indígena no Brasil na década de 70, pois

“[...] colocou-se à disposição dos povos indígenas para lhes ensinar os mecanismos de funcionamento da sociedade brasileira e os instrumentos políticos dos ‘brancos’ a que os índios poderiam recorrer, para se defender nos conflitos interétnicos” (MATOS, 1997: 92).

Para incentivar a criação do movimento pan-indígena, o CIMI promovia encontros de chefes de diferentes grupos indígenas e, além disso, também incentivava a relação do movimento indígena com outros grupos considerados “oprimidos”, como a população negra e sem-terra. Sendo assim, o movimento pan-indígena brasileiro se organizou a partir de uma cúpula de líderes e não pelas bases comunitárias das populações indígenas, sendo de extrema importância a imagem de um “líder indígena” (*ibidem*).

Na década de 1980, Matos (1997) destaca que o número de organizações indígenas se multiplicou e o CIMI passou a promover assembleias indígenas regionais e articulações políticas entre essas organizações. Todo esse apoio por parte do CIMI, segundo a autora, criou uma certa relação de dependência dos índios com os missionários. As assembleias indígenas fizeram parte do processo de formação de uma nova tradição política entre os povos indígenas, ou seja,

“inicialmente, muitos índios participaram das assembleias sem terem clareza dos seus objetivos. Aos poucos, foram tomando conhecimento do que os problemas enfrentados por cada uma de suas comunidades eram comuns às populações indígenas, enquanto ‘minorias’ étnicas situadas dentro da jurisdição do Estado brasileiro” (MATOS, 1997: 214-215).

Sendo assim, aos poucos, a responsabilidade de convocar e organizar as assembleias indígenas foi assumida pelos próprios índios, que inclusive restringiram a participação dos missionários do CIMI (*ibidem*). Percebemos, portanto, que a definição de identidade para os grupos indígenas foi composta por um momento duplo: um primeiro momento de apropriação da categoria genérica “índio” pelos grupos indígenas, que aglutinou os diferentes povos indígenas por conta causas comuns; e um segundo momento de experiências pluriétnicas nas assembleias indígenas, que reforçaram a identidade particular de cada etnia.

Sendo assim, durante o processo de redemocratização do Brasil, ocorrido ao longo da década de 1980, as organizações indígenas impulsionaram debates relacionados à atenção à saúde indígena, que culminaram na realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em novembro de 1986 (BRASIL, 2002). Essa conferência contou com a participação de lideranças indígenas, profissionais de saúde, representantes de organizações não governamentais (ONGs), antropólogos, sanitaristas e outros pesquisadores e teve como objetivo principal discutir propostas em relação à atenção primária destinada aos povos indígenas. A inclusão de pesquisadores na conferência “marcou o início de uma rede entre antropólogos e outros interessados em contribuir com as políticas de saúde indígena e com a promoção da atenção primária a partir de uma perspectiva democrática e multicultural” (LANGDON; GHIGGI JR., 2018: 110).

A visão assimilacionista e a prática da tutela foram significativamente alteradas pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu:

“Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. [...]

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo” (BRASIL, 2019: 119-120).

A CF também estabeleceu como competência privativa da União legislar e tratar sobre a questão indígena. Além disso, de acordo com Garnelo (2012), a emergência de



ONGs engajadas com as causas indígenas e ambientais (inclusive ONGs organizadas pelos próprios indígenas) foi um elemento importante nesse processo de redemocratização, levando em conta que antes disso as principais entidades não governamentais presentes no mundo indígena eram igrejas católicas e protestantes.

Como resultado da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, propuseram uma

“[...] estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (BRASIL, 2002: 08).

Sendo assim, em 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu da FUNAI para o MS a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena, estabelecendo os DSEIs como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), que tinha como atribuição implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. Esta era subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que, por sua vez, é vinculada ao MS (BRASIL, 2002).

No mesmo ano, a Resolução 11 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), que tinha como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração dos princípios e diretrizes de políticas governamentais de saúde indígena (*ibidem*). Entretanto, em maio de 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu uma outra Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. A CIS aprovou, por meio da Resolução nº 2 de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía à FUNAI a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos indígenas doentes e ao MS a responsabilidade da prevenção, que consistia em promover ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias. Ou seja, o decreto devolveu, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, porém, as ações executadas pelos dois órgãos eram fragmentadas e permeadas por conflitos (*ibidem*).

Apenas em 1999, por meio da Lei nº 9.836, conhecida como Lei Arouca, é que se concretiza efetivamente a instauração do SASI, um modelo de atenção diferenciada<sup>3</sup> que tem como responsabilidade prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas localizadas no Brasil. O subsistema instituiu como forma de organização 34 DSEIs, que “se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população” (GARNELO, 2012: 27). O critério para distribuição e abrangência de cada DSEI obedeceu às características culturais dos grupos indígenas brasileiros e a localização das terras indígenas pelo país.

Além disso, cada DSEI deve contar com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. Por sua vez, os AIS são indígenas formados e capacitados para favorecerem “a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (BRASIL, 2002: 15). Ou seja, por se tratar de um modelo de atenção diferenciada, os AIS ganham mais destaque, pois estes são um elo entre os saberes tradicionais e os saberes biomédicos, entre membros da comunidade e outros

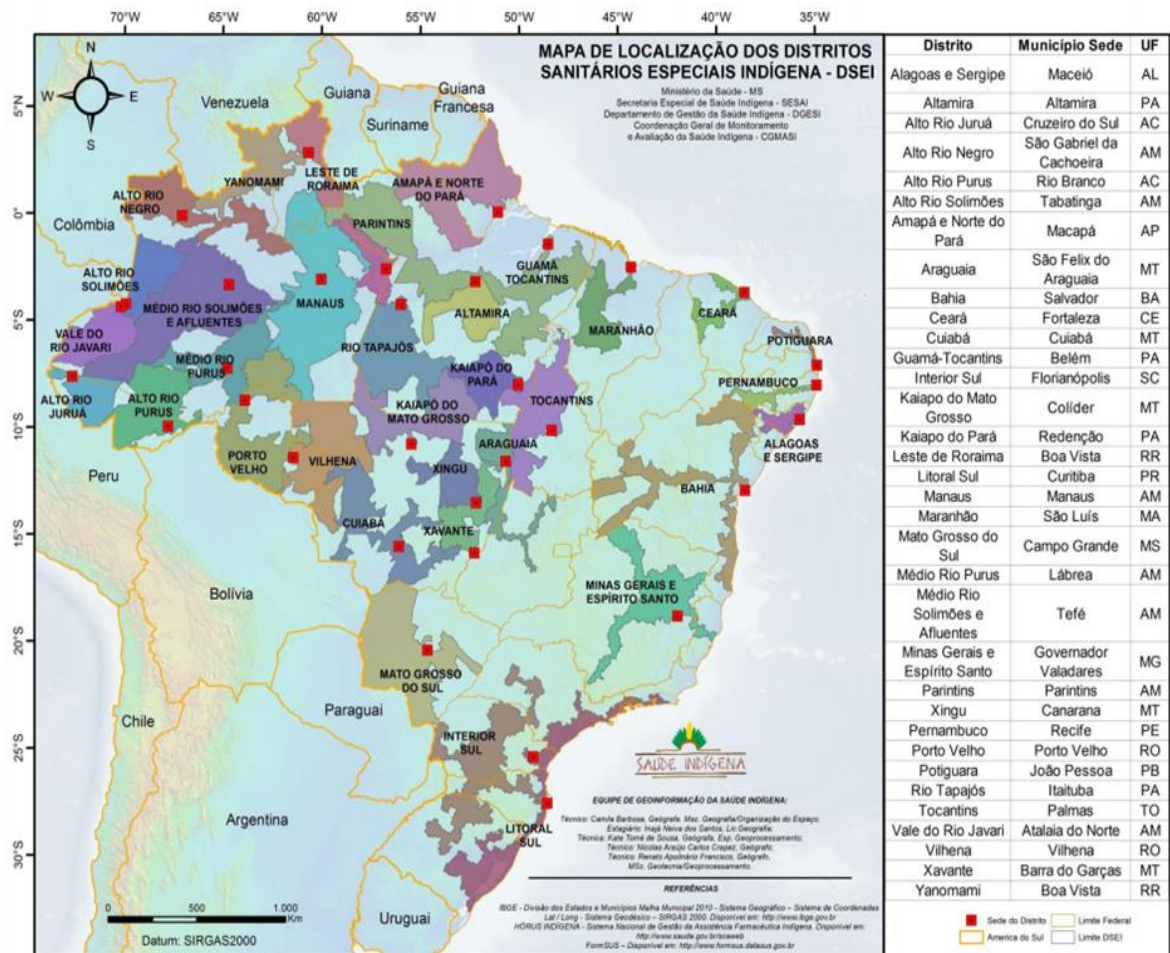
---

<sup>3</sup> O conceito de atenção diferenciada não é consenso entre profissionais de saúde e indígenas. “Se para os AIS significa acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária, para os administradores e profissionais de nível superior atenção diferenciada trata da questão ‘cultural’, entretanto com pouca compreensão do que isso implica na prática” (LANGDON et al, 2006: 2644). Esse tema será melhor aprofundado no capítulo 3.

profissionais

de

saúde.



**Figura 1:** Mapa de Localização dos DSEIs. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/30/Apresentacao-Secretaria-Especial-de-Saude-Indigena.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

É importante destacar que o SASI é um dispositivo vinculado à Lei nº 8.080/1990, o SUS. Portanto, é imprescindível descrever brevemente algumas características desse sistema. O SUS é produto de uma reforma técnica e política no campo da saúde, iniciada na década de 1980, que ficou conhecida como Reforma Sanitária (GARNELO, 2012). Entre as propostas dessa reforma, ganhou destaque a recomendação de ofertar uma atenção à saúde unificada e de qualidade para todos os grupos populacionais do Brasil. O SUS tem como prioridade a Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica, que, por sua vez, visa ofertar um atendimento eficiente, com alta resolutividade das necessidades de saúde da população e com menor custo possível.

O SUS foi uma política originalmente produzida pelo governo federal, mas, com o passar do tempo, foi gradativamente ampliada para os estados e municípios brasileiros. Essa estratégia foi chamada de descentralização (ou municipalização) da política e das ações de saúde e implica em delegar aos sistemas municipais de saúde a responsabilidade sobre o planejamento e execução das atividades necessárias à melhoria dos problemas de saúde da população que vive no território municipal. Sendo assim, caberia ao governo federal exercer o papel de regulamentar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades de saúde de grande impacto populacional (*ibidem*).

Essa descentralização, porém, não é positiva no caso da atenção à saúde indígena, pelo fato de os indígenas vivenciarem muitos conflitos com a população e até mesmo com os governos municipais, o que nos leva a constatar que o SUS tende a priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas do país. Assim, de acordo com Garnelo (2012):

“Observa-se que os órgãos de saúde acumularam maior expertise na organização de serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais [...]. Para grupos culturalmente diferenciados, tais dificuldades se avolumam” (*ibidem*: 23).

Isso se deve ao fato de que, até 1990, ano de criação do SUS, as ações de saúde estavam a cargo da FUNAI. Somente após a criação do SASI as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema.

Por esse motivo, após a promulgação da Lei Arouca, a FUNASA, sendo uma entidade federal, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. À União coube a responsabilidade de financiar, com seus recursos próprios, o SASI, podendo receber complementos de organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada, assim como de estados e municípios, que também devem atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS (BRASIL, 2002). Entretanto, a FUNASA dispunha de pouco pessoal próprio para desenvolver suas tarefas e, assim, optou por subcontratar municípios e ONGs para realizar ações de saúde em aldeias onde a FUNASA não contasse com rede própria (*ibidem*). Esses convênios, no entanto, “tinham pouca definição de objetivos e metas a serem

alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena” (*ibidem*: 09).

Em 2002, por meio da Portaria nº 254 do MS, é estabelecida a PNASPI, que prevê que a FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), deverá desenvolver atividades e ações de saúde objetivando a racionalização destas, ou seja, promovendo encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliação do processo de implantação da política. Por sua vez, outros órgãos e entidades políticas e administrativas têm papéis complementares e fundamentais na execução das ações e da política de saúde indígena. Segundo a PNASPI (BRASIL, 2002), estes são:

1. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: é indispensável a integração das ações de saúde indígena aos programas especiais de cada estado ou município, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, DSTs e AIDS, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária;
2. A FUNAI: deve garantir a identificação e delimitação dos territórios indígenas por meio de uma política de demarcação, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. A FUNAI também deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas;
3. Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação: devem integrar a PNASPI com os currículos básicos das escolas indígenas, garantir o ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos AIS, envolver as universidades nas atividades de pesquisa e extensão, capacitar e certificar os AIS e os profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas e desenvolver atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas;
4. Ministério Público Federal (MPF): tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas;
5. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP): foi criada pelo CNS com o intuito de elaborar e aplicar normas que devem

regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 304/2000<sup>4</sup>, do CNS, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas.

6. CISI: órgão assessor do CNS, com participação de instituições públicas, ONGs e organizações representativas dos povos indígenas, que tem por finalidade acompanhar a implementação da PNASPI em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas pelo SUS, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

Com o passar de alguns anos, o SASI, gerido pela FUNASA, passou a ser alvo de graves denúncias de corrupção e deficiências no atendimento, segundo nota da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira<sup>5</sup>. Esses fatores acarretaram, em 2010, por meio do Decreto nº 7.336, na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), também vinculada ao MS. Esta recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA e propôs uma nova estrutura organizacional, “que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade” (ROSA, 2013: 24). A SESAI foi dividida em quatro áreas, pensadas para prestar um serviço de atenção à saúde indígena mais eficiente: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Portanto, levando em consideração o histórico exposto sobre a política pública de saúde indígena, na seção seguinte pretende-se explicitar a estrutura organizacional proposta pela SESAI e localizar o HUB dentro do fluxo de atendimento à saúde indígena.

## **II. Como o HUB se insere no fluxo nacional de atenção à saúde indígena**

---

<sup>4</sup> Resolução que aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. Disponível no link: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/Reso304.doc>. Acesso em: 19 ago. 2019.

<sup>5</sup> Nota de repúdio à proposta de extinção da SESAI. Disponível em: <https://coiab.org.br/conteudo/1554144093298x146031908635279360>. Acesso em: 19 ago. 2019.

Como pôde ser observado na seção anterior, a saúde indígena percorreu um grande caminho até chegar à estruturação atual. Essa estrutura organizacional do SASI consiste no cumprimento de um fluxo, que tem início com a atenção básica prestada pelas EMSI nas Unidades Básicas de Saúde Indígena, localizadas em territórios indígenas. As demandas de Média e Alta Complexidade (MAC), as quais não podem ser solucionadas nas aldeias, devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Portanto, a APS prestada nas aldeias é realizada em postos de saúde, por intermédio das equipes multidisciplinares e dos AIS, cuja função foi explicitada na seção anterior. Caso a demanda não possa ser solucionada nessa instância de atendimento, a primeira referência para atendimento são os Pólos-Base. Esses pólos podem estar localizados na própria comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma UBS já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser solucionados nos Pólos-Base, mas, caso não sejam, ou seja, caso se tratem de demandas de MAC, o subsistema conta com as CASAls, espalhadas pelos municípios brasileiros. Estas devem ser estruturadas

“para receber os indígenas, alojar e fornecer alimentação e assistência de enfermagem 24 horas por dia para os pacientes que são encaminhados para a rede do SUS. As CASAls também têm a responsabilidade de marcar consultas, exames e internação hospitalar. Devem fornecer acompanhamento dos pacientes e organizar o retorno dos indivíduos às comunidades de origem quando isso já for possível” (ROSA, 2013: 33).

Sendo assim organizado, o SASI pretende fornecer uma atenção à saúde diferenciada aos povos indígenas, lembrando que os indígenas que adentram o subsistema são aqueles que vivem em TIs demarcadas pelo Estado brasileiro. Desse modo, os indígenas que se encontram em territórios tradicionais não demarcados pelo Estado brasileiro ou os indígenas que vivem nas cidades, foco do capítulo 2 deste trabalho, não podem adentrar o SASI e acessar seus serviços de saúde.





**Figura 2:** Organização do DSEI e Modelo Assistencial do SASI. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/30/Apresentacao-Secretaria-Especial-de-Saude-Indigena.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2019

A CASAI do DF tem a mesma função de fornecer apoio aos indígenas e seus acompanhantes que necessitam de atendimento de MAC nos serviços disponibilizados por hospitais e outras instituições de referência da rede SUS-DF. Porém, ao contrário das outras, a CASAI-DF é uma CASAI nacional, ou seja, recebe indígenas de diversas etnias e regiões do país e está vinculada diretamente à SESAÍ (ROSA, 2013). No DF, os principais hospitais de referência para saúde indígena no âmbito do SUS são o HUB, o Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e o Hospital Sarah Kubitschek (BRASIL, 2017b). Segundo o Protocolo de Acesso à Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (BRASIL, 2017c), existem três formas de ingresso na CASAI-DF:



1. Via CASAI-DF: o DSEI encaminha solicitação de consulta especializada à Chefia da CASAI-DF. Após avaliação pelo Colegiado da CASAI-DF, a solicitação será encaminhada ao setor de agendamento do HUB;
2. Via DSEI: em casos de emergência, o médico do DSEI deve articular a vaga diretamente com o médico do hospital de referência. O distrito deve assegurar o deslocamento adequado à situação, com o acompanhamento por um profissional do local de origem até a entrada no hospital de referência. Após a admissão do paciente na rede SUS do DF, a equipe da CASAI-DF dará continuidade ao acompanhamento do tratamento;
3. Via estados de origem: o estado articula vaga na rede SUS do DF para atendimento especializado não disponível na localidade de origem, por meio do programa Tratamento Fora de Domicílio<sup>6</sup>. O DSEI encaminhará à CASAI-DF informações sobre o paciente, data e horário de chegada em Brasília, meio de transporte utilizado e data e horário da consulta marcada.

O MS é responsável por financiar o transporte, terrestre ou aéreo, do paciente da aldeia até o alojamento da CASAI e, posteriormente, o retorno deste à aldeia (o chamado contra-fluxo). Segundo Rosa (2013), na CASAI-DF os indígenas e seus acompanhantes possuem uma rotina diária com momentos específicos para realização de cada atividade, como é o caso da alimentação. Quando possuem consultas, exames ou necessitam ser hospitalizados, os pacientes saem da CASAI acompanhados e, quando terminados os procedimentos, eles retornam. Como já mencionado, as consultas e exames são todos agendados pela CASAI e durante o atendimento os profissionais também participam, não os deixando sozinhos em nenhum momento.

A CASAI-DF possui oito blocos, os quais contam com estruturas que garantem o bom funcionamento da instituição. As principais são: uma cozinha; uma cozinha tradicional, espaço utilizado pelos indígenas para cozinhareem sua própria comida; um refeitório; uma lavanderia comunitária; uma piscina; um posto de enfermagem; um espaço onde são realizados acolhimentos, agendamentos e recepções; uma farmácia,

---

<sup>6</sup> A Portaria nº 55 da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada ao MS, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio. Esta normatização garante o acesso de pacientes de uma localidade a serviços assistenciais de saúde disponíveis em outra localidade. Portaria disponível no link: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html). Acesso em 14 jul. 2019.

onde há estoque de medicamentos; blocos de vigilância, serviços gerais e transporte; um auditório; uma quadra de vôlei e uma de futebol; uma área de lazer com churrasqueira; e, por fim, alojamentos formados por quatorze apartamentos, sendo três deles adaptados, com capacidade máxima de 55 leitos (BRASIL, 2017d).

Segundo o Livro de Admissão e Alta de Pacientes e Acompanhantes da CASAI-DF (BRASIL, 2017a), a ocupação da CASAI-DF em 2017 foi, em média, de 21 pacientes por dia, sendo que a média de acompanhantes foi de duas pessoas por paciente. Nesse mesmo ano, a proporção de usuários acolhidos pela CASAI-DF por DSEI foi: **a)** Xingu: 63,01%; **b)** Xavante: 22,08%; **c)** L. Roraima: 8,09%; **d)** Yanomami: 2,43%; **e)** Tocantins: 2,66%; **f)** Maranhão: 1,04%; **g)** Porto Velho: 0,23%; **h)** Vilhena: 0,23%; **i)** Mato Grosso do Sul: 0,23%. Esses dados revelam que a maioria dos indígenas acolhidos pela CASAI-DF vivem em TIs localizadas nas regiões Centro-Oeste, especialmente no Xingu, e Norte.

Segundo o Livro de Relatório de Serviço Externo da CASAI-DF (BRASIL, 2017b), esses usuários realizaram um total de 2.685 exames no ano de 2017. A proporção desses exames realizados por unidade de saúde do DF foi: **a)** HUB: 63,76%; **b)** HCB: 31,36%; **c)** HBDF: 2,12%; **d)** HRAN: 0,89%; **e)** SABIN: 0,48%; **f)** SARAH: 0,41%; **g)** Instituto de Cardiologia do Distrito Federal: 0,34%; **h)** Outros<sup>7</sup>: 0,64%. Já o total de consultas especializadas destinadas a pacientes hospedados na CASAI-DF em 2017 atingiu 694. A proporção dessas consultas realizadas por unidade de saúde do DF foi: **a)** HUB: 49,3%; **b)** HCB: 24,2%; **c)** SARAH: 8,8%; **d)** HRAN: 7,3%; **e)** HBDF: 4,5%; **f)** Hospital Oftalmológico de Brasília: 1,3%; **g)** Hospital Materno Infantil de Brasília: 1,0%; **h)** Fundação Regional de Assistência Oftalmológica: 1,0%; **i)** Hospital Regional do Paranoá: 1,0%; **j)** Hospital Dia: 0,4%; **k)** Instituto de Cardiologia do Distrito Federal: 0,4%; **l)** Hospital Regional de Sobradinho: 0,3%; **m)** BioCardios: 0,1%; **n)** Hospital Regional de Ceilândia: 0,1%; **o)** Clínica Talento: 0,1%.

Considerando os quantitativos expostos acima, constata-se que o HUB foi o hospital que mais recebeu pacientes indígenas alojados na CASAI-DF para realização de exames e consultas especializadas em 2017. Do mesmo modo, entre janeiro de 2008 e julho de 2010, da totalidade de consultas realizadas pela Rede SUS-DF à

---

<sup>7</sup> Composto por: Hospital Oftalmológico de Brasília; Hospital Regional do Paranoá; Hospital Dia; Hospital Regional de Ceilândia; Fundação Regional de Assistência Oftalmológica; Hospital Materno Infantil de Brasília e Clínica Sleep.

pacientes indígenas admitidos pela CASAI-DF, 51% corresponderam ao HUB (HOEFEL et al, 2015: 47). Portanto, percebe-se que no decorrer de quase uma década os quantitativos permaneceram estáveis e o HUB é o hospital de referência mais utilizado por pacientes indígenas referenciados para Rede SUS-DF, fator decisivo para criação de um ambulatório indígena responsável por acolher, encaminhar e prestar um atendimento diferenciado aos indígenas que adentram esse hospital. Sendo assim, na seção seguinte pretende-se apresentar a história e as propostas do ASI, criado em 2013.

### **III. A criação do Ambulatório de Saúde Indígena/HUB e suas principais propostas**

Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802<sup>8</sup>, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este “constitui uma estratégia que busca ampliar os processos de mudança dos modelos de formação e reorientação das práticas de atenção à saúde no SUS [...]” (HOEFEL et al, 2015: 45). Por estar inserido no conjunto das Políticas de Educação em Saúde<sup>9</sup>, o PET-Saúde defende a interdisciplinaridade e o trabalho em equipes multiprofissionais, valorizando a formação a partir do diálogo entre estudantes, profissionais da rede, professores e a população. O primeiro edital PET-Saúde, nomeado PET-Saúde da Família, foi lançado em 2009 e voltou-se especificamente para o âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, ordenadoras dos fluxos da rede de atenção à saúde do SUS. Posteriormente, no final de 2011, foi lançado o segundo edital do PET-Saúde, em parceria com o Pró-Saúde. Este inseriu outras políticas e prioridades do MS, tais como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2013).

---

<sup>8</sup> Portaria assinada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Disponível no link: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html). Acesso em: 17 jul. 2019.

<sup>9</sup> Políticas coordenadas pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Ensino Superior, vinculada ao Ministério da Educação.

Mais recentemente, em 2013, o MS lançou o terceiro edital PET-Saúde, intitulado PET-Redes de Atenção à Saúde, no qual incluiu a Atenção à Saúde Indígena em suas Redes Temáticas Prioritárias. Nesse contexto, a UnB, por meio da iniciativa de estudantes indígenas, apoiados por alguns docentes, pesquisadores e funcionários do DSC e do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena, desenvolve, desde 2010, atividades de ensino-pesquisa-extensão no campo da saúde indígena que levaram à criação do ASI do HUB, em 2013. O ASI foi institucionalizado enquanto um Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) e “encontrou no PET-Saúde Indígena uma alavanca para impulsionar processos de ensino-aprendizagem e articulação de serviços de saúde tendo como pano de fundo a atenção à saúde dos povos indígenas” (HOEFEL et al, 2015: 47).

O HUB foi um dos primeiros hospitais a inaugurar um ambulatório responsável por acolher, realizar atendimento inicial e acompanhar pacientes indígenas encaminhados pela CASAI-DF para atendimento de MAC. Nesse sentido, o pioneiro é o Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário vinculado à Escola Paulista de Medicina (EPM), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que criou, em 1989, o Ambulatório do Índio, vinculado à Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da EPM. Esta última acumulou muita experiência no atendimento à saúde dos povos indígenas por meio do programa de extensão conhecido como “Projeto Xingu”. O projeto desenvolve, desde 1965, atividades de assistência, pesquisa, extensão e formação de recursos humanos no Parque Indígena do Xingu (PIX), Mato Grosso, e também junto a outros grupos indígenas e comunidades ribeirinhas. O Ambulatório do Índio do HSP passou a fazer parte desse projeto e é responsável por acolher indígenas encaminhados ao DSEI de São Paulo para atendimento de MAC (PEREIRA et al, 2008).

Mais recentemente, em maio de 2018, segundo informações transmitidas em matéria da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior, o hospital universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) implementou o Núcleo de Saúde Indígena (NSI) <sup>10</sup>. Assim como o Ambulatório do Índio da UNIFESP e o ASI do HUB, o NSI visa qualificar o atendimento de saúde destinado à população indígena e aprimorar ações já existentes, além de criar novas

---

<sup>10</sup> Informações disponíveis no link: <http://www.andifes.org.br/ufgd-hu-implementa-nucleo-de-saude-indigena/>. Acesso em 19 jul. 2019.

ferramentas para que esse atendimento ocorra de forma acolhedora e humanizada. Para isso, profissionais do NSI fizeram uma visita técnica ao ASI do HUB, com intuito de conhecer o funcionamento do ambulatório.

Ainda segundo as informações da matéria, o hospital universitário da UFGD já era referência na macrorregião e recebe pacientes indígenas de sete municípios: Dourados, Paranhos, Amambai, Iguatemi, Antônio João, Caarapó e Tacuru. Sendo assim, com a criação do NSI, pode-se aprimorar o serviço já prestado à população indígena. O núcleo possui uma equipe multidisciplinar, composta por assistentes sociais, enfermeiros, médicos e dentistas, além de contar com representantes da UFGD e profissionais do Pólo-Base do DSEI em Dourados. Entre as ações do NSI, estão inclusos: um acolhimento diferenciado, com disponibilidade de facilitadores sociais que tenham domínio do idioma e possam acompanhar e orientar o paciente; a oferta de uma dieta diferenciada; e a facilidade de acesso e permanência de acompanhantes e cuidadores da medicina tradicional. Com a implementação do NSI, o hospital universitário da UFGD passa a receber o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), recurso do MS essencial para a implantação das ações de qualificação previstas pela instituição. O HUB também cumpre com os requisitos estabelecidos pelo MS e recebe o IAE-PI, que será apresentado mais adiante.

Assim como o hospital universitário da UFGD, o ASI conta com uma equipe multidisciplinar – com participantes indígenas e não indígenas – de tutores, preceptores, monitores, pesquisadores colaboradores e estudantes de graduação e, ainda que carregue a denominação de “ambulatório”, “evita reproduzir as funções centradas na perspectiva biomédica, ou seja, estritamente curativas e sem articulação com demais pontos da rede” (HOEFEL et al, 2015: 48). As principais diretrizes e abordagens conceituais que norteiam o funcionamento do ASI são: a educação popular em saúde; a interculturalidade na saúde; o diálogo de saberes; a interdisciplinaridade; a produção social da saúde; a tutoria de atenção integral à saúde indígena; a educação permanente e a gestão participativa (HOEFEL et al, 2015). Essas diretrizes serão melhor explicitadas a seguir.

A Educação Popular em Saúde (EPS) no âmbito do PET-Saúde Indígena e do ASI inspira-se nos ensinamentos de Paulo Freire, importante educador e filósofo

brasileiro, que criou a “Pedagogia do Oprimido”<sup>11</sup> (*ibidem*). De acordo com esse paradigma, a educação deve ser um processo de construção coletiva de saberes. Nesse sentido, “a educação popular constitui um processo político que busca a emancipação social e implica necessariamente o respeito e a valorização das distintas culturas e sistemas de pensamento [...]” (*ibidem*: 49). Ao incorporar a EPS como diretriz, o ASI destaca a importância de mudar as práticas de saúde hegemônicas a partir da construção de novas práticas emancipatórias, que devem levar em conta os processos de saúde dos povos indígenas brasileiros. Além disso, o ASI cumpre com os princípios previstos pelo Art. 3º da Política Nacional de Educação Popular em Saúde<sup>12</sup> de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

A interculturalidade na saúde, outra diretriz de extrema importância para o ASI, está diretamente ligada ao princípio da EPS e se dá no sentido de reconhecer institucionalmente os aspectos culturais e ancestrais dos povos indígenas em relação às suas práticas de saúde (HOEFEL et al, 2015). Estas devem ser respeitadas para potencializar o diálogo entre as medicinas indígenas e os serviços de saúde do SUS. Porém, apesar do esforço intercultural estar presente nas diretrizes do ASI, sabemos que “a medicina clínica como paradigma hegemônico é ainda pouco permeável a outras concepções de saúde, resultando em escassas inovações na assistência à saúde dos povos indígenas” (*ibidem*: 50). Sendo assim, a ideia central do ASI é realizar práticas diferenciadas de saúde, garantindo, no mínimo, um acolhimento humanizado<sup>13</sup>, que deve constituir a porta de entrada para um serviço de saúde culturalmente adequado aos povos indígenas brasileiros, princípio previsto pela

---

<sup>11</sup> FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo\\_freire\\_pedagogia\\_do\\_oprimido.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf). Acesso em: 18 jul. 2019.

<sup>12</sup> Política instituída por meio da Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, assinada pelo MS. Disponível no link: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em: 18 jul. 2019.

<sup>13</sup> O acolhimento alinha-se com o que é previsto pela Política Nacional de Humanização do SUS, lançada em 2003, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A referida política também visa estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, enfrentando relações de poder que produzem atitudes e práticas desumanizadoras. Política disponível no link: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 18 jul. 2019.

PNASPI. A discussão sobre a interculturalidade no ASI será aprofundada no Capítulo 3 deste trabalho.

O diálogo de saberes está, no âmbito do ASI, em convergência com a EPS e com a diretriz da interculturalidade. Este se dá como uma diretriz pelo fato de que rege as ações de formação, atenção, gestão e participação do ASI. Sendo assim, o diálogo de saberes

“visa favorecer a formação de profissionais com novas posturas diante da vida e da profissão, posturas e perspectivas de mundo em que o diálogo, a humanização, a amorosidade e a sensibilidade ocupem lugares centrais, tão importantes quanto as demais habilidades e capacidades teóricas e técnicas exigidas em seu cotidiano profissional” (*ibidem*: 50).

Além disso, o diálogo de saberes busca romper com fronteiras epistemológicas e práticas existentes entre as disciplinas, favorecendo o diálogo entre as distintas áreas e racionalidades, fator que contribui para o estabelecimento da interdisciplinaridade, outra diretriz estabelecida pelo ASI. Por sua vez, a interdisciplinaridade deve se caracterizar pela intensa troca de saberes entre especialistas de diferentes áreas. Essa troca de saberes deve implicar necessariamente na superação das fronteiras disciplinares e não apenas na justaposição destas.

A produção social da saúde, outro princípio do ASI, destaca que a saúde é influenciada por inúmeros fatores sociais, que variam conforme lugar e momento histórico. Portanto, o modo que cada sociedade possui para organizar o mundo influencia na produção social da saúde. Essa visão se opõe à concepção biomédica da saúde, que é “orientada por preceitos que se ancoram em uma visão restrita dos processos saúde-doença, centrados em uma perspectiva biologicista, curativista e hospitalocêntrica, que reduzem o fenômeno à sua dimensão biológica” (*ibidem*: 52).

Por sua vez, a construção da Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena, outra diretriz estabelecida pelo ASI, representa, segundo Hoefel et al (2015), um processo pedagógico que tem como propósito capacitar estudantes indígenas e não indígenas a respeitarem as especificidades e contribuírem com diálogo entre as medicinas indígenas e os saberes biomédicos, visando a construção de novas práticas no interior do SUS. Para isso, são realizados pelos estudantes, sob

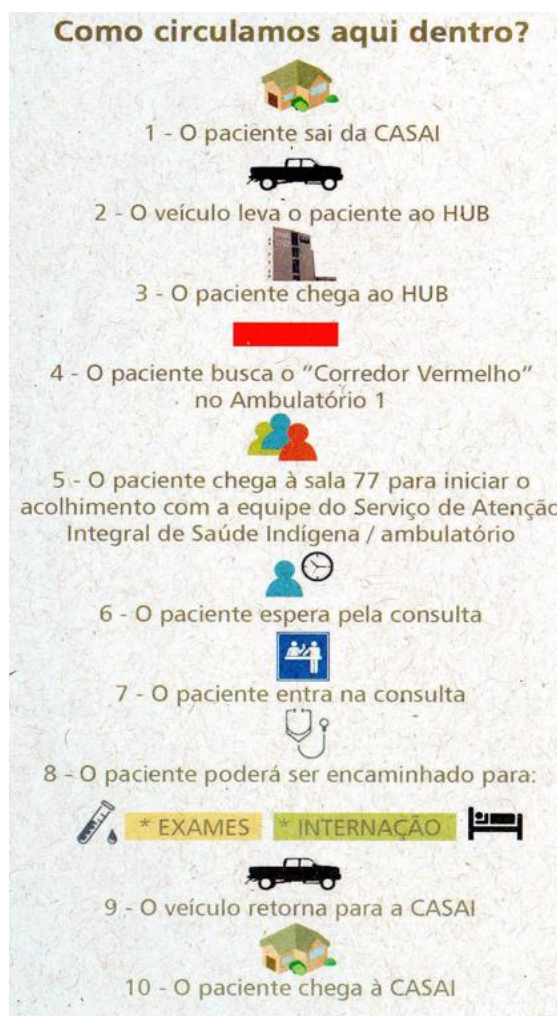
supervisão de preceptores e tutores, acolhimentos, atendimentos, internações e acompanhamentos de pacientes indígenas encaminhados ao HUB.

Em sentido parecido, a educação permanente, outro princípio estabelecido pelo ASI, visa modificar o paradigma biomédico, que norteia os profissionais inseridos na rede SUS. Para que mudanças se concretizem, os processos de formação dos profissionais de saúde devem mudar, mas, também, deve-se qualificar os trabalhadores de saúde, por meio de uma formação permanente desses profissionais que possibilite a reflexão sobre suas práticas (HOEFEL et al, 2015). Por fim, a gestão participativa, última diretriz estabelecida pelo ASI, é caracterizada pelo fato de que todos os processos são elaborados, debatidos e deliberados coletivamente, com a participação ativa de estudantes, preceptores, tutores, pesquisadores e outros profissionais de saúde envolvidos na proposta (*ibidem*). Entretanto, é importante destacar que é um constante desafio manter as diretrizes estabelecidas pelo ASI em pleno funcionamento, seja pela falta de capacitação dos profissionais de saúde, ou até mesmo por conta da falta de tempo na rotina desses profissionais. Esses conflitos vivenciados pelo ambulatório em relação às suas diretrizes e ao fluxo de atendimento serão aprofundados no Capítulo 3 deste trabalho.

Considerando as informações expostas acima sobre o ASI, é importante detalhar como ocorrem os encaminhamentos feitos pela CASAI-DF para a realização de consultas e exames no HUB. A CASAI-DF deve agendar no HUB, com maior antecedência possível, o exame ou a consulta na especialidade requisitada pelo paciente. No dia antecedente à essa consulta ou exame, previamente marcados, a CASAI-DF deve encaminhar para o ASI a agenda de pacientes que irão no dia seguinte ao HUB realizar algum tipo de procedimento, solicitando as respectivas senhas de atendimento. Essas senhas, adquiridas internamente e antecipadamente pela assistente administrativa do ASI, garantem qualificar e otimizar o processo de atenção à saúde indígena no hospital. Quando os pacientes chegarem, acompanhados por um técnico de enfermagem da CASAI-DF, para realização dos procedimentos, eles devem procurar o ASI para que sejam feitos os respectivos acolhimentos e entrega das senhas. No acolhimento é preenchida uma ficha, que contém perguntas como nome, etnia, estado, DSEI e aldeia de origem, histórico de saúde do paciente, queixas e especificidades culturais relevantes. Após acolhimento, o paciente será encaminhado pelos profissionais da CASAI-DF e do ASI aos exames



ou consultas agendadas. A técnica administrativa do ASI também deve levar o prontuário físico do paciente ao funcionário recepcionista responsável pela consulta ou exame do paciente. Quando os procedimentos acabarem, o paciente e o técnico de enfermagem da CASAI-DF devem retornar ao ASI com o prontuário físico para relatar como foi o atendimento e marcar possíveis retornos ou exames. O esquema abaixo resume o fluxo básico de circulação da CASAI-DF/HUB:



**Figura 3:** Fluxo de circulação entre a CASAI-DF e o HUB. Fonte: Hospital Universitário de Brasília - Ambulatório de Saúde Indígena, 2017.

Existem algumas falhas e adaptações a esse fluxo estabelecido pela CASAI-DF e pelo HUB, que variam de acordo com o caso do paciente. Por exemplo, caso o paciente já tenha sido acolhido pelo ASI em procedimentos anteriores, deve-se evitar a repetição de perguntas, sendo imprescindível o conhecimento prévio do itinerário terapêutico do paciente pelo profissional que realizará o acolhimento. As regras também são outras em casos de internação ou atendimento na Unidade de Paciente

Crítico (UPC). Quando ocorrer uma internação no HUB de pacientes indígenas referenciados por algum DSEI, será responsabilidade da CASAI-DF notificar o ASI. Já os pacientes indígenas não referenciados serão identificados e será de responsabilidade do setor que recebeu o indígena notificar o ASI. Lembrando também que cabe à Gestão de Leitos e à UPC comunicar ao ASI sobre a admissão ou alta de pacientes internados. Após notificado, o ASI deverá realizar acolhimento e acompanhamento na internação ou UPC. Esse acolhimento deve verificar a necessidade de rituais ou pajelança; dialogar com a equipe que acolheu o paciente sobre a diversidade cultural e preencher a ficha de acolhimento na internação ou UPC. Dificuldades e necessidades de repactuação em relação ao acolhimento oferecido pelo ASI serão mencionados ao longo do Capítulo 3.

Tendo em vista o fluxo pactuado entre a CASAI-DF e o HUB, é possível compreender que o ASI funciona como “porta de entrada” aos indígenas que procuram assistência de MAC no HUB. Por isso, segundo Hoefel et al (2015), foi construída a rotina do ASI, constituída por uma parte padronizada e outra flexível. A rotina padronizada consiste, basicamente, na realização de acolhimento, atendimento e acompanhamento aos pacientes indígenas; na evolução e discussão de casos entre preceptores e monitores; no encaminhamento de questões intrainstitucionais para resolução coletiva dos problemas; e, por fim, na realização de debates em rodas de conversa e reuniões realizadas semanalmente, todas às terças-feiras, no ASI. Já a rotina flexível trata-se de uma parte da rotina do ASI, desempenhada por grupos de alunos e preceptores, que varia de acordo com as necessidades do ambulatório, e inclui atividades como a realização de estudos de caso, seminários, apresentação de trabalhos, reuniões, entre outros. São realizadas também visitas periódicas à CASAI-DF, que tem o objetivo de propiciar aos estudantes, preceptores e pesquisadores o conhecimento dessa esfera do SASI.

Como citado anteriormente nesta seção, a partir da necessidade de estipular um incentivo para favorecer a implementação de estratégias de acolhimento diferenciadas aos povos indígenas no âmbito do SUS, surgiu, em 1999, o IAE-PI. Para orientar gestores quanto ao desenvolvimento de estratégias diferenciadas no âmbito da atenção de MAC aos povos indígenas e também para estabelecer critérios de repasse, o MS publicou a Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017, que tem como objetivos: melhorar o acesso das populações indígenas ao serviço especializado;

adequar o ambiente hospitalar de acordo com as especificidades culturais; ajustar as dietas hospitalares considerando os hábitos alimentares de cada etnia; promover o acolhimento e a humanização das práticas e processos de trabalho dos profissionais em relação aos indígenas e demais usuários do SUS, considerando a vulnerabilidade sociocultural e epidemiológica de alguns grupos; estabelecer fluxos de comunicação entre o serviço especializado e a EMSI, por meio das CASAs; e, por fim, qualificar os profissionais dos estabelecimentos que prestam assistência aos povos indígenas quanto a temas como a interculturalidade (BRASIL, 2018).

Segundo manual de orientação do IAE-PI (BRASIL, 2018), os hospitais universitários, para receberem o incentivo, devem criar modelos diferenciados de atenção à saúde dos povos indígenas. Para tanto, poderão instalar ambulatórios especializados de atenção à saúde indígena. Esses ambulatórios deverão ser espaços propícios para a formação de profissionais para atuar na saúde indígena, possibilitando a realização de experiências inovadoras que possam impactar na qualificação da PNASPI. Além disso, atividades multidisciplinares de pesquisa científica, bem como investigações interdisciplinares, devem ser incentivadas, desde que sejam observadas as normativas que regulamentam a ética de pesquisa em saúde junto aos povos indígenas. As experiências desenvolvidas pelos hospitais universitários que conjugam o ensino permanente, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde indígena precisam ser registradas e sistematizadas, visando à difusão das lições aprendidas e a divulgação dos conhecimentos acerca dos processos e resultados alcançados. Os hospitais universitários estarão aptos a receber percentual adicional de incentivo conforme a figura abaixo:

Estrutura/serviço	Incremento percentual sobre o recurso fixo
Ambulatório indígena com clínica básica*	100%
Ambulatório indígena com clínica especializada*	120%
Projetos de extensão em saúde indígena	20%
Projetos de ensino e pesquisa em saúde indígena	30%
Projeto de telessaúde para saúde indígena	30%

\*Não cumulativos

**Figura 4:** Tabela com os percentuais adicionais de incentivo aos hospitais universitários. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Incentivo à Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI): manual de orientação. Brasília: SESA, 2018. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/07/Manual-IAE-PI.pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.

Além de ser um importante hospital de referência para o atendimento de MAC aos indígenas que são encaminhados de diversos DSEIs para Rede SUS-DF, o HUB também é uma instituição de extrema importância no atendimento de saúde aos indígenas que vivem no DF, ou seja, aqueles indígenas considerados “não-aldeados” ou “desaldeados” pela política pública de atenção à saúde dos povos indígenas. Sendo assim, o capítulo seguinte deste trabalho pretende abordar algumas questões vivenciadas por indígenas que vivem em contextos urbanos, mais especificamente no DF, focando na assistência de saúde que esses indígenas recebem. Também pretende-se falar sobre o regulamento do HUB em relação ao atendimento destinado à essa população.

## **CAPÍTULO 2**

### **O HUB TAMBÉM INSERIDO NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA AOS INDÍGENAS QUE VIVEM NO DISTRITO FEDERAL**

Como já mencionado na introdução deste trabalho, 36,2% do número total de pessoas que se autodeclararam indígenas no Censo Demográfico do IBGE de 2010 residiam em áreas urbanas e 63,8% em áreas rurais (IBGE, 2012). Ainda segundo o IBGE (2012), a Região Sudeste obteve o maior percentual de indígenas residentes em áreas urbanas, atingindo 80%, e a Região Norte, com 82%, obteve o maior percentual de indígenas residentes em áreas rurais. Em relação à habitação das TIs, 48,7% do total das pessoas que se autodeclararam indígenas habitam nelas, sendo que a maior parcela de indígenas residentes fora das TIs, em termos absolutos, correspondeu à Região Nordeste, com 126 mil indígenas, representando um peso relativo de 33,4%. As Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram a maior concentração de população indígena residente nas TIs, enquanto nas Regiões Sudeste e Nordeste, os indígenas eram mais representativos fora das TIs. A Região Sul revelou equilíbrio em relação a esse critério.

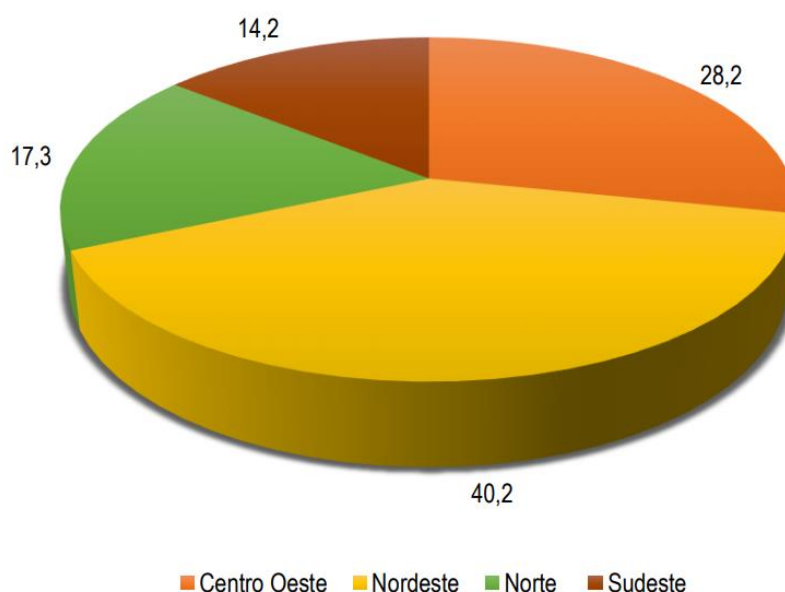
Por sua vez, no DF não existem TIs oficialmente demarcadas e, por essa razão, “a população indígena que reside na capital do país é, muitas vezes, ignorada pela sociedade e pelo poder público” (GDF, 2015: 18). Apesar disso, o DF conta com uma população indígena de aproximadamente seis mil pessoas (IBGE, 2012). Segundo pesquisa realizada pela Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão e pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (GDF, 2015), a população autodeclarada indígena presente nesse ente administrativo concentra-se principalmente na área urbana (97%), sendo que sua distribuição nas Regiões Administrativas (RAs) do DF não apresenta padrão evidente, exceto por sua maior aparição em Ceilândia, onde estão concentrados 13% da população indígena do DF. Destacam-se também os percentuais presentes em Planaltina (8,6%), Samambaia (8,5%), Brasília (7,3%) e Recanto das Emas (6,7%).

Já na Área Metropolitana de Brasília (AMB), verifica-se que a maior parte da população indígena está localizada na Cidade Ocidental, um município do estado de Goiás, com três indígenas por mil habitantes. Em segundo lugar está o DF (2,38), seguido dos municípios de Luziânia (1,82) e Planaltina (1,78), sendo estes últimos



Segundo dados coletados a partir da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2013<sup>14</sup>, a população indígena residente do DF é, em maior parte, advinda da Região Nordeste, seguida da Região Centro-Oeste, Norte e Sudeste. Em relação à Região Sul, não há registro de migrantes indígenas residentes no DF. Daqueles provenientes da Região Centro-Oeste, 78% nasceram no próprio DF, quantitativo que representa 22% do total de indígenas habitantes do DF; 12,7% vieram do Mato Grosso e 9,3% do estado de Goiás (GDF, 2015). Um resultado parecido foi observado por Nakashima e Albuquerque (2011) em relação aos indígenas residentes da cidade de São Paulo:

“a maior parte da população indígena residente em São Paulo é proveniente do Nordeste, região na qual os povos indígenas sofreram historicamente grandes perdas territoriais e tiveram suas condições de sobrevivência severamente prejudicadas” (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011: 184).

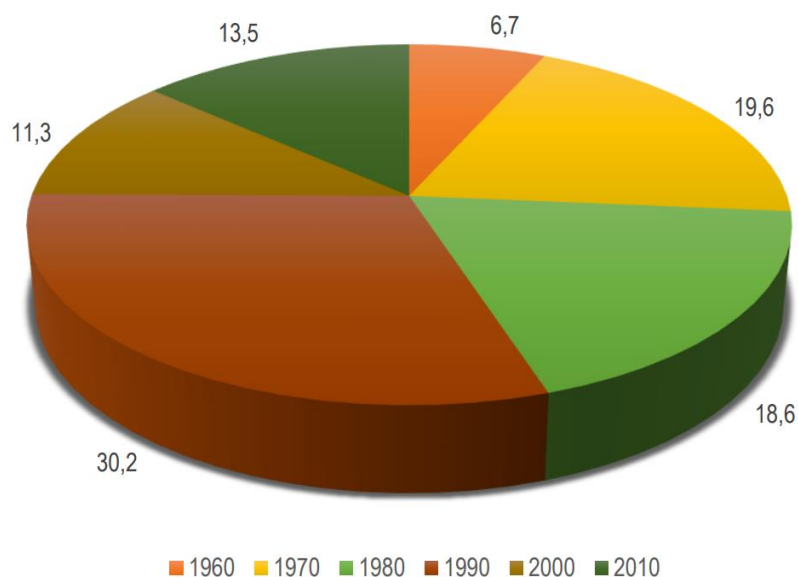


**Figura 6:** População Indígena do DF, segundo região de origem. Fonte: GDF. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). População indígena: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.

<sup>14</sup> Resultados da pesquisa disponíveis no link: <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2013/>. Acesso em 22 jul. 2019.



Ainda segundo dados da PDAD de 2013, a imigração de indígenas ao DF, ocorreu mais expressivamente na década de 1990, seguido da década de 1970 e 1980. A década de 1960, marcada pela implantação da capital do país em Brasília, foi o período de menor imigração de indígenas (GDF, 2015). No gráfico abaixo são mostradas as proporções em relação à chegada, por década, da população indígena no DF:



**Figura 7:** Distribuição da população indígena migrante por década de chegada ao DF. Fonte: GDF. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). População indígena: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.

Também foi revelado que a quase totalidade (96,9%) de indígenas residentes do DF maiores de 5 anos não falam nenhuma língua indígena em seus domicílios (GDF, 2015). Por fim, essa mesma pesquisa nos revela que os indígenas do DF vivenciam uma situação de desvantagem em relação ao restante da população no que se refere à alfabetização e à renda. “Nesses indicadores, os indígenas apresentam números piores que os da população negra, conhecida por raramente superar os indicadores da população autodeclarada branca ou amarela” (*ibidem*: 18).

Vimos que é expressiva a presença de indígenas em contextos urbanos no Brasil. Segundo Nakashima e Albuquerque (2011), a presença de indígenas nas



grandes cidades é resultado de processos de migração dessas populações, que têm crescido significativamente ao longo das últimas décadas. Ainda segundo os autores, o aumento da proporção de indígenas que passaram a viver em contextos urbanos ocorreu, em parte, devido a dificuldades vivenciadas em seus locais de origem. Porém, outros fatores também são relevantes para ocorrência desse fenômeno, sendo os principais:

“a) o próprio crescimento vegetativo nas áreas urbanas; b) a migração de indígenas, sobretudo dentro do próprio estado, com destino a áreas urbanas e a transformação, em pequena escala, de áreas consideradas rurais em áreas urbanas; c) e, talvez o mais relevante de todos, o aumento na taxa de autodeclaração de indígenas nas regiões Sudeste e Nordeste” (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011: 183).

Apesar disso, não são garantidos pelo Estado serviços ou programas de saúde diferenciados à essa população, pois estes não estão inclusos na política nacional de atenção à saúde indígena estabelecida a partir da criação do SASI.

Considerando as informações explicitadas acima sobre a população indígena do DF, na primeira seção deste capítulo, intitulada “A política de atendimento do HUB em relação aos indígenas do Distrito Federal”, pretende-se apresentar brevemente a história do Hospital Universitário de Brasília, bem como seu regimento em relação ao atendimento da população indígena que vive no DF. Na segunda seção, intitulada “O atendimento aos indígenas do Santuário dos Pajés”, pretende-se apresentar brevemente a história do território indígena Santuário dos Pajés e também falar sobre o atendimento de saúde diferenciado ofertado por uma Equipe de Saúde de Família (eSF) da UBS nº 2 da Asa Norte. Por fim, na terceira seção, intitulada “Consultas semanais do ASI”, pretende-se apresentar o serviço de assistência à saúde indígena do ASI destinada aos indígenas residentes do DF, mostrando alguns dados de campo observados durante a pesquisa.

## **I. A política de atendimento do HUB em relação aos indígenas do Distrito Federal**

O HUB é uma instituição pública federal que realiza atendimento exclusivamente gratuito pelo SUS e de modo integrado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)<sup>15</sup>. O hospital é vinculado à UnB e em 2013 passou

---

<sup>15</sup> Todas as informações obtidas acerca da história do HUB podem ser acessadas através do link: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>. Acesso em: 22 jul. 2019.

a ser gerido administrativamente pela Ebserh. Certificado como hospital de ensino desde 2005, o HUB funciona como campo de prática para estudantes de graduação e de pós-graduação da UnB. O hospital foi inaugurado em 1972, durante o regime militar, e era chamado de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici. Este funcionava como uma unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado e era dedicado à atenção exclusiva dos servidores públicos federais, ficando conhecido como Hospital dos Servidores da União. Em dezembro de 1979, este passou a ser considerado hospital escola da UnB, por meio de convênio assinado com o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social. Posteriormente, em 1987, o hospital foi integrado à rede de serviços do DF por meio de novo convênio assinado pela UnB com quatro ministérios, passando a se chamar Hospital Docente Assistencial e sendo reconhecido como o 38º hospital universitário brasileiro.

Após um processo conturbado, com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em 1990 o hospital foi cedido à UnB, passando a se denominar Hospital Universitário de Brasília, como é conhecido até hoje. Essa cessão do hospital para a UnB foi uma delicada fase de transição, pois a instituição era um hospital exclusivamente assistencial e, a partir desse momento, deveria passar a ser uma unidade hospitalar universitária, que desenvolvesse também o ensino e pesquisa. O HUB foi um dos primeiros hospitais do Planalto Central a oferecer assistência especializada, porém, de 1990 até 2004, sofreu com um processo de perda progressiva no quadro de funcionários do antigo Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social, que não eram repostos. O HUB também vivenciou um financiamento oscilante, que dependia das relações estabelecidas na maior parte das vezes informalmente com o gestor local do SUS.

A partir de 2005, como já mencionado, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino, de acordo com os critérios estabelecidos pela **Portaria Interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde nº 1.000, de abril de 2004, que foi revogada posteriormente pela Portaria Interministerial nº. 2400, de outubro de 2007<sup>16</sup>**. Depois

---

<sup>16</sup> Portaria assinada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400\\_02\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html). Acesso em: 22 jul. 2019.

de mais de dois anos de debates internos, em 2008 foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário o regimento do hospital, que consagrou a inserção da instituição no SUS como uma das suas características essenciais. Sendo assim, foram estabelecidas as atividades de mais dois conselhos: o Conselho Deliberativo e o Conselho Comunitário e Social. Nesse mesmo ano, o Conselho Deliberativo decidiu destinar 100% da capacidade instalada de internação e de produção de serviços para o SUS, abandonando uma tentativa falida de atendimento à particulares e usuários de convênios e planos de saúde. Também foi iniciada a implantação da Política Nacional de Humanização, já mencionada na seção anterior, fortalecendo o alinhamento com as políticas assistenciais prioritárias para o SUS.

Em 2012, o Conselho Superior Universitário da UnB aprovou a adesão do hospital à empresa pública Ebserh. Sendo assim, em janeiro de 2013, a UnB transferiu a administração do HUB para a Ebserh, com a qualificação da equipe gestora, saneamento financeiro e contratação de funcionários no regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho. O quadro de pessoal do HUB passou a contar então com profissionais de diferentes vínculos: servidores da UnB, empregados da Ebserh, cedidos do MS e da SES-DF e terceirizados. Por fim, em janeiro de 2017, o HUB assinou novo contrato de prestação de serviços com a SES-DF, passando a ofertar a estrutura do hospital para atender a população do DF, de acordo com os critérios de regulação da secretaria.

De acordo com o contrato firmado entre o HUB e a SES-DF, o hospital recebe pacientes referenciados, ou seja, aqueles que são previamente atendidos por alguma unidade assistencial da secretaria e são posteriormente encaminhados ao HUB pelo sistema de regulação da SES-DF. O HUB também atende os pacientes encaminhados pelas UBS de São Sebastião, Paranoá e Itapoã, que formam a Região Leste de Saúde do DF. A Central de Marcação de Consultas e Exames do HUB é responsável pelo agendamento de consultas, exames e procedimentos. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, de 7h às 17h, com distribuição de senhas até às 16h. Portanto, a marcação é feita somente de forma presencial, não sendo possível agendar por

telefone. As consultas do HUB são ofertadas por 47 especialidades e sub-especialidades<sup>17</sup> e são realizadas nos ambulatórios do hospital.

Já vimos que para atender melhor a população indígena referenciada pelos DSEIs, o HUB inaugurou, em 2013, o ASI. A partir daí a população indígena do DF também passou a reivindicar por uma atenção à saúde diferenciada no HUB. Segundo reportagem da Assessoria de Comunicação do HUB<sup>18</sup>, em 2017 foi criado um grupo de trabalho formado por representantes do HUB, da UnB, do Ministério da Educação e da CASAI-DF para discutir propostas de melhorias no serviço de saúde indígena. Uma mudança acordada entre as instituições será a criação de núcleos do ASI em quatro comunidades indígenas do DF. O objetivo é oferecer à população orientações sobre promoção e educação em saúde, além de serviços como vacinação.

Na mesma reportagem, a coordenadora do ASI, Graça Hoefel, afirma: “hoje iniciamos um novo momento, que sai de dentro do HUB e se direciona para as comunidades indígenas. Queremos trabalhar em conjunto na construção do novo modelo de atenção à saúde e de novos cenários de prática”. O representante do Conselho Nacional de Política Indigenista e liderança indígena do Santuário dos Pajés, Kamuu Dan Wapichana, também afirmou na reportagem: “concretizamos um trabalho iniciado pelos estudantes e damos seguimento agora às políticas que os próprios indígenas defenderam no DF”. O líder da Reserva Indígena Recanto dos Encantados e representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, Junior Xukuru, completou: “na aldeia e na cidade, o indígena tem que ser respeitado. Agradecemos a UnB e o HUB por conquistar a confiança dos indígenas”.

Além disso, em agosto de 2017, por meio do acordo entre o HUB e lideranças indígenas do DF, o ASI passou ofertar atendimento de saúde aos indígenas do DF. Os atendimentos ocorrem às quartas-feiras no ambulatório, a partir de 16h, e possuem livre demanda, ou seja, não há necessidade de marcação prévia. Na primeira consulta do paciente, o indígena deve informar seus dados pessoais e o número do cartão do SUS, caso possua. Um acolhimento é então realizado pela assistente administrativa, enfermeiro ou estagiários presentes no ASI, com o objetivo de entender o caso de

---

<sup>17</sup> Lista de especialidades disponível no link: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb/apresentacao2>. Acesso em: 22 jul. 2019.

<sup>18</sup> Disponível em: <https://noticias.unb.br/125-saude/1607-hub-inaugura-ampliacao-do-ambulatorio-de-saude-indigena>. Acesso em: 22 jul. 2019.

cada pessoa e checar se existe alguma especificidade cultural em relação aos procedimentos de saúde.

O atendimento é realizado pelo médico Danilo, funcionário do HUB que também atende no Ambulatório de Dermatologia do hospital e, algumas vezes, alunos dos cursos de saúde da UnB também acompanham e auxiliam nas consultas. Durante meu trabalho de campo, por exemplo, uma estudante indígena de Medicina na UnB acompanhava periodicamente às consultas do ASI. Após esse atendimento inicial realizado no ambulatório, os indígenas podem ser encaminhados para outras especialidades ou para realização de exames dentro do hospital. Os pacientes encaminhados pelo ASI possuem senha preferencial e a marcação desses procedimentos é de responsabilidade da assistente administrativa do ASI, que informará posteriormente ao paciente a data e o horário da consulta ou exame. Além disso, os indígenas do DF também possuem livre acesso ao Pronto-Socorro do HUB, bastando se autodeclarar como indígena no campo cor/raça do sistema de informações do hospital.

No caso específico da população indígena do Santuário dos Pajés, a UBS nº 2 da Asa Norte, por meio da demanda e reivindicação da comunidade indígena, passou a cumprir com o princípio da territorialização previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e oferece um atendimento diferenciado à essa população, assunto que será aprofundado na seção seguinte. Sendo assim, o ASI do HUB e a UBS fazem parcerias na realização de mutirões e ações de saúde no território. Portanto, na segunda seção deste capítulo falarei mais detalhadamente sobre a situação de saúde dos indígenas que vivem no Santuário dos Pajés, com base nas experiências que pude ter no território e, na terceira seção, apresentarei os dados de campo que puderam ser observados no acompanhamento das consultas do ASI destinadas à população indígena do DF em 2018. Esses dois serviços de saúde destinados à população indígena do DF foram uma grande conquista das lideranças e estudantes indígenas da UnB, que reconhecem a importância de lutar para garantir os direitos dos indígenas que vivem nas cidades.

## **II. O atendimento aos indígenas do Santuário dos Pajés**

Para compreender melhor a situação da população indígena que vive no Santuário dos Pajés é necessário contar brevemente sua história, que tem suas raízes

ainda no período colonial do Brasil, e também contextualizar a história da construção e inauguração de Brasília. Segundo Brayner (2013), para a construção do DF foram desapropriadas grandes fazendas, sendo que uma delas se chamava “Fazenda Bananal”. O Santuário dos Pajés e boa parte de Brasília estão localizados onde essa fazenda existia. Em dezembro de 1955, os proprietários da Fazenda Bananal assinaram uma escritura de desapropriação da terra em favor do estado de Goiás. As desapropriações dessa e de outras dezenas de fazendas foram assinadas, até formarem a área que conhecemos hoje como DF (BRAYNER, 2013).

Segundo Lúcia Lippi de Oliveira, a festa de inauguração de Brasília contou com a presença de “[...] autoridades dos três poderes, representantes de países estrangeiros, funcionários, candangos e 30 índios Carajás vindos da ilha do Bananal para participar do acontecimento”<sup>19</sup>. Apesar de ser uma informação pouco veiculada, a construção da nova capital contou com a presença indígena, especialmente de etnias advindas da Região Nordeste. Os primeiros indígenas que vieram trabalhar na fundação de Brasília foram os Fulni-ô Tapuya de Águas Belas, cidade localizada no sertão de Pernambuco. A comunidade indígena do Santuário dos Pajés é nomeada por eles mesmos como comunidade indígena Tapuya (ou Tapuia). Sendo assim, irei explicar brevemente a história desse grupo indígena.

O termo Tapuya surge da polarização criada pelos portugueses entre indígenas “aliados”, ou seja, indígenas que os colonizadores conseguiram aldear, geralmente de origem Tupi e oriundos do litoral, e os indígenas que eram considerados bárbaros e inimigos, denominados de Tapuyas, sendo estes geralmente originários do sertão.

“Os Tapuias eram genericamente classificados como se fossem um povo só, mas eram vários, que falavam muitas línguas, o que era um inconveniente para os portugueses e para os missionários, já que os Tupis eram considerados mais ‘homogêneos’ de uma maneira geral, tanto em seus aspectos linguísticos quanto geográficos e nas relações que estabeleciam com os missionários portugueses, o que não ocorria com os Tapuias. Estes ainda não mantinham relações amistosas com os jesuítas e com os demais portugueses, e muitas vezes se aliavam a seus inimigos” (BRAYNER, 2013: 52-53).

Ainda segundo a autora, os Fulni-ô, Carnijó ou Carijó são um povo classificado como Tapuya, apesar de terem sido por muito tempo identificados como Kariri. Na

---

<sup>19</sup> Matéria completa disponível no link: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/artigos/Sociedade/Manchete>. Acesso em: 24 jul. 2019.

história desses indígenas e da maioria das etnias do Nordeste, casamentos interracializados foram incentivados desde o século XVIII com a política de Marquês Pombal. Após a presença não indígena nas terras indígenas e os sistemáticos casamentos entre índios e não-índios no século XIX, passaram a se referir aos índios do Nordeste como “misturados”, de modo a desqualificá-los e desapropriá-los de suas terras. Isso criou uma oposição entre índios supostamente “puros” e índios “misturados” ou “assimilados”. No início do século XX, esperavam que os povos indígenas do Nordeste estivessem silenciados ou até mesmo extintos. Porém, o que ocorreu na verdade foi a reemergência desses povos, que passaram a reivindicar seus direitos e terras ao órgão indigenista da época, o SPI.

Brayner (2013) prossegue afirmando que no início do século XX a Região Nordeste sofreu com uma grande seca. Devido à essa seca e também ao desemprego e desapropriação de terras, cada vez mais os indígenas (e a população do Nordeste no geral) emigraram da região. Parte desses migrantes vieram para Brasília, a fim de buscar trabalho na construção da nova capital. Os popularmente chamados de “candangos”, pioneiros e construtores da nova capital, nunca encontraram espaço dentro da cidade que construíram, tendo que criar seus espaços em cidades-satélites, locais que escaparam do controle da cidade planejada. É nesse ponto que o Santuário dos Pajés se encontra:

“entre os trabalhadores vindos para Brasília trabalhar estavam alguns indígenas Fulni-ô, da cidade de Águas Belas, em Pernambuco, que, não podendo praticar suas rezas nas obras, encontraram logo um espaço de cerrado para lá ficarem e rezarem,; desde então estabeleceram com o local uma relação sagrada” (*ibidem*: 62).

Santxiê ou José Mário Veríssimo, pajé e liderança indígena importantíssima na história de resistência do Santuário dos Pajés, veio para Brasília na década de 1970 para juntar-se a seus pais que já estavam na capital desde fins da década de 1950. O casal, Pedro e Maria Veríssimo, foram os primeiros Fulni-ô a chegarem em Brasília, em 1957. Vieram para ajudar na construção da capital e acabaram se instalando na região que hoje em dia é localizado o Santuário dos Pajés. Em entrevista concedida ao antropólogo Jorge Eremites de Oliveira, Santxiê explica que seus pais vieram para Brasília por conta do processo de esbulho<sup>20</sup> da terra dos Fulni-ô em Pernambuco. Nas

---

<sup>20</sup> Esbulho é o ato pelo qual uma pessoa perde a posse de um bem que tem consigo (sendo proprietário ou possuidor) por ato de terceiro que a toma forçadamente, sem ter qualquer direito sobre a coisa que legitime o seu ato. É o caso, por exemplo, de pessoa que entra sem autorização em terreno de outrem,

décadas seguintes, vários outros Fulni-ô seguiram o mesmo caminho, como o próprio Santxiê e seu irmão Towê (OLIVEIRA; PEREIRA e BARRETO, 2011).

Posteriormente, na década de 1970, chegaram ao Santuário os Tuxá da Bahia e em 1986 chegou Ivanice Tanoné, indígena Kariri-Xocó de Alagoas, que veio à Brasília buscar tratamento médico. Segundo Brayner (2013), Santxiê acolheu Ivanice temporariamente no Santuário, porém, com o passar do tempo, ela construiu sua casa, constituiu sua família e passou a viver lá. “No Nordeste, a aliança entre os Kariri-Xocó e Fulni-ô são conhecidas especialmente no que diz respeito às alianças matrimoniais e ao ritual Ouricuri<sup>21</sup> praticado por ambas as etnias” (BRAYNER, 2013: 66). Mais recentemente, mudaram-se para o Santuário os indígenas Guajajara do município de Grajaú (MA), que estavam acampados na Esplanada dos Ministérios durante alguns meses.

A área ocupada pelos indígenas do Santuário dos Pajés passou a ser objeto de disputas judiciais com os avanços das obras do Setor Habitacional Noroeste, bairro nobre localizado em Brasília. Com o crescente número de conflitos entre a comunidade indígena e a Companhia Imobiliária de Brasília (Terracap), o MPF solicitou à FUNAI providências. Sendo assim, a FUNAI constituiu Grupo Técnico (GT) para realização de Laudo Antropológico, visando verificar a situação do território. O laudo foi publicado em 2013 e concluiu que a ocupação indígena no Santuário dos Pajés é tradicional:

“[...] o Santuário dos Pajés é, de fato, terra de ocupação tradicional indígena, conforme determina o Art. 231 da Carta Constitucional de 1988. Logo, a reivindicação apresentada pela comunidade é pertinente do ponto de vista dos direitos dos povos originários no Brasil. [...] o Santuário dos Pajés é imprescindível, tanto física quanto simbolicamente, para a permanência do grupo na área, sobremaneira para os Fulni-ô e Tuxá que ali se estabeleceram há mais tempo que os ocupantes indígenas que ali chegaram a partir da década de 1990” (OLIVEIRA; PEREIRA e BARRETO, 2013: 44-45).

Além disso, o GT do laudo solicitou à FUNAI a constituição de outro Grupo Técnico para identificação e delimitação da referida TI. No entanto, a FUNAI contestou o laudo,

---

e o ocupa, sem que a posse do terreno lhe tenha sido transmitida por qualquer meio. Disponível em: <http://www.escolalivrededireito.com.br/o-que-e-esbulho-possessorio-e-a-mesma-coisa-que-invasao-de-propriedade-como-eu-posso-me-defender-se-alguem-invadir-minha-casa-ou-fazenda-como-eu-retomo-minha-propriedade/>. Acesso em: 24 jul. 2019.

<sup>21</sup> Para saber mais sobre o ritual, acesse o link: <http://www.museudoindio.gov.br/educativo/pesquisa-escolar/972-ouricuri>. Acesso em: 24 jul. 2019.



segundo declarou o repórter Pedro Peduzzi, da Agência Brasil<sup>22</sup>. Com isso, os indígenas do Santuário, estudantes universitários, ativistas, profissionais liberais, alguns políticos como Erika Kokay (PT/DF), a Associação Brasileira de Antropologia, Associações e ONGs indígenas de todo o Brasil, entre outros, se manifestaram em prol do Santuário e dos estudos para reconhecimento e demarcação da TI.

O advogado Ariel Foina explica em entrevista concedida à Brayner (2013) os procedimentos e o entendimento da FUNAI em relação ao processo:

**“A discordância que existe hoje com a FUNAI é se a terra é de ocupação tradicional ou não.** A FUNAI diz o seguinte, que lá (o Santuário) não seria de ocupação tradicional, mas que lá tem que ser respeitado e preservado por outros meios de preservação. Poderia um reserva indígena, porque reserva indígena não é uma terra tradicionalmente ocupada, pois reserva é uma área que União compra e aloca os índios. A terra tradicional é dos índios, independente de a União comprar ou não comprar, você sabe tem vários tipos de assentamentos indígenas pela FUNAI. Pode ser como reserva, como terra tradicionalmente ocupada, por uso capião, por várias categorias. No caso dos Fulni-ô Tapuya do Santuário, eles reivindicam como terra tradicionalmente ocupada e a FUNAI diz que tem que ser por outro caminho. Lá não seria tradicional, por quê? Porque não há uma ocupação histórica no local. A ocupação é relativamente recente. Nós nunca negamos isso, que a ocupação é da década de 1960 para 1970, junto com a construção de Brasília. Então para a FUNAI, isso não é tradicional o suficiente para ensejar como terra tradicionalmente ocupada. Mas reconhece a importância do local. Mas mesmo reconhecendo a importância, ela não delimita qual é a área necessária para que o Santuário se mantenha, porque o Santuário tem uma área ali onde o pessoal mora, mas tem vários locais que eram preservados pelos Fulni-ô Tapuya que foram de ocupação de outras etnias e que tem plantas de uso religioso, uso tradicional, manejadas, essa área é muito grande. É uma área que extrapola o próprio Noroeste. **Os Fulni-ô reivindicam uma área que seria o mínimo necessário para eles, que é uma área entendida como grande pela Terracap e pela FUNAI, no mínimo os 50 e pouco hectares.** [...] É isso que o relatório do Dr. Eremites recomenda, que a área seja de mínimo 50 hectares e que deva ser constituído o Grupo Técnico. Porque **essas questões tinham quer ser verificadas pelo antropólogo corretamente no Grupo Técnico de Identificação e Delimitação. Para que fosse definida a área correta, ocupada, necessária a reprodução física, cultural etc. que é o que a Constituição Federal determina em caso de ocupação tradicional [...]**” (BRAYNER, 2013: 72, grifos meus).

Com o laudo alegando que a ocupação dos indígenas do Santuário era tradicional, “toda sorte de argumentos foram usados para reforçar a visão de que a

<sup>22</sup> Reportagem disponível no link: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-10-14/para-funai-area-nao-e-terra-tradicional-indigena>. Acesso em: 24 jul. 2019.

ocupação da terra não era tradicional, e, portanto, não era legal desde o início” (*ibidem*: 83). A chegada posterior dos Guajajara, por exemplo, foi utilizada contra a comunidade Tapuya, para afirmar que a ocupação não era tradicional. Os Tuxá e os Kariri-Xocó assinaram um acordo de extrusão do território, o que também fragilizou a luta fundiária dos Fulni-ô. A FUNAI não reconhecia que a área era imprescindível simbolicamente para o grupo, pois viam o local como mero lugar de moradia. A presença Guajajara no Santuário representou para os Fulni-ô um peso que podia inviabilizar a regularização fundiária do local e isso acirrou os conflitos interétnicos dentro do território.

Finalmente, em junho de 2018, é realizado um acordo entre a comunidade indígena do Santuário dos Pajés, a Terracap, a FUNAI, o MPF e o Instituto Brasília Ambiental (IBRAM)<sup>23</sup>. As partes reconhecem como área de posse permanente a terra tradicionalmente ocupada pela comunidade indígena do Santuário Sagrado dos Pajés. A referida área possui 32 hectares e seis ares e 67 centiares e passou a ser usufruto exclusivo da comunidade indígena, composta por parentes em primeiro grau, cônjuge e descendentes diretos do Pajé Santxiê Tapuya, bem como seus respectivos cônjuges e descendentes. É importante destacar que a delimitação do território foi realizada por meio de uma autodemarcação dos indígenas do Santuário, que tiveram como base o laudo antropológico realizado pela FUNAI e já mencionado neste trabalho, ou seja, a terra não passou pelo procedimento administrativo oficial de identificação e delimitação de uma TI. A Terracap também influenciou na autodemarcação do território, já que nem toda área proposta pelo laudo foi acatada pelo acordo.

Segundo cláusula terceira do acordo, a Terracap tem um prazo de até dez anos para providenciar para a comunidade indígena do Santuário um malocão (centro de convivência indígena); um ambiente escolar com pelo menos duas salas de aula, banheiro e cozinha; quatro unidades habitacionais; sistema de abastecimento de água e esgoto e sistema de distribuição de energia. A cláusula quarta do acordo ainda estabelece que, assim que homologado acordo judicial, a Terracap providenciará dois pontos de eletricidade e água, em local a ser indicado pela comunidade indígena. A Terracap também providenciará, segundo cláusulas quinta e sexta, a colocação de cercamento em volta da área e instalação de um posto de vigilância a ser custeado

---

<sup>23</sup> Íntegra do acordo disponível no link: <http://www.mpf.mp.br/regiao1/sala-de-imprensa/docs/AcordoSanturioSagradodosPajs.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

pela própria empresa. Esse posto tem por finalidade controlar a entrada e a permanência de pessoas que não estejam expressamente autorizadas pelos representantes da comunidade indígena, Marta de Sousa Silva (Marcia Guajajara), viúva de Santxiê, e Fexawewe Tapuya Guajajara Veríssimo, filho de Santxiê e Marcia. Segundo cláusula sétima do acordo, a Terracap também construirá um viveiro para plantas de mudas do Cerrado que comporte a atuação simultânea de, pelo menos, oito pessoas, ficando pactuado que a Terracap adquirirá todo o excedente da produção de mudas, pelos mesmos valores por ela pagos à média de seus fornecedores. Também ficou estabelecido pela cláusula oitava do acordo que a Terracap utilizará técnicas adequadas de pavimentação e compactação nas obras a serem realizadas próximas ao território e na construção da via W9.

De acordo com reportagem publicada no site do MPF<sup>24</sup>, a Procuradora Regional da República Eliana Peres Torelly de Carvalho afirma que “o acordo permitirá a finalização das obras viárias e a continuidade da construção do bairro, mas, ao mesmo tempo, preserva tudo o que os índios criaram na região”. Na Informação Técnica nº 9 da Coordenação Geral de Identificação e Delimitação da FUNAI<sup>25</sup>, de 03 de maio de 2019, de fato consta que foi reconhecida como TI tradicionalmente ocupada uma área de posse permanente e de usufruto exclusivo dos indígenas Fulni-ô Tapuya do Santuário dos Pajés. Porém, o acordo celebrado diz respeito a apenas uma parcela dos habitantes indígenas da região do Noroeste. Segundo essa mesma Informação Técnica, durante as reuniões de pactuação com a Terracap e o MPF, a FUNAI solicitou esclarecimento sobre como se daria a negociação para permanência, retirada ou indenização dos outros indígenas da área e ficou estabelecido em reunião realizada em março de 2018 que as tratativas com todos os outros interessados indígenas se dariam em fase subsequente à homologação do acordo.

---

<sup>24</sup> Matéria completa disponível em: <http://www.mpf.mp.br/regiao1/sala-de-imprensa/noticias-r1/acordo-proposto-pelo-mpf-reconhece-terra-indigena-santuário-sagrado-dos-pajes-no-setor-noroeste>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

<sup>25</sup> Informação Técnica referente à ação de reintegração/manutenção de posse nº 1005070-34.2019.4.01.3400. Disponível no processo nº 00424.034093/2019-11 do Sistema Eletrônico de Informações da FUNAI. Para conseguir acesso a esses e outros documentos da FUNAI fazer cadastro e solicitação por meio do endereço eletrônico: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>. Acesso em: 29 jul. 2019.

Ainda segundo a Informação Técnica, em agosto de 2018, dois moradores não contemplados pelo acordo solicitaram providências à Procuradoria Federal Especializada junto à FUNAI, considerando que a homologação deste oferecia grave risco de desapossamento e destruição dos imóveis por eles ocupados. A Procuradoria entendeu como necessária e urgente a realização de diligência no local da ocupação dos indígenas para a determinar a localização e identificação dessas famílias que não teriam sido abrangidas pelo acordo. A diligência foi realizada em setembro de 2018 e identificou cinco famílias Fulni-ô/ Xukuru no local. Sendo assim, uma reunião foi realizada na FUNAI com essas famílias, que alegaram que o acordo contempla um número muito restrito de pessoas e que eles deveriam ser incluídos no grupo beneficiário, uma vez que vivem na área há muitos anos e sempre participaram de ações em defesa do território. Sendo assim, solicitaram que o acordo fosse revisto para que eles também pudessem ser incluídos.

Ainda em setembro de 2018, segundo a mesma Informação Técnica, um representante dos Guajajara que vive no Santuário dos Pajés foi à FUNAI expor o receio da sua comunidade, composta por 30 famílias, ser expulsa do Santuário diante da homologação do acordo. Ele afirmou, segundo a Informação Técnica, que apesar de estarem dentro dos limites da área proposta pelo acordo, aceitariam se mudar para uma área adjacente, caso a etnia não pudesse se manter no local. Sendo assim, outra diligência foi proposta para identificar e localizar esse outro grupo que também restaria fora do acordo. Porém, nesse momento o acordo já se encontrava em fase de homologação judicial e os conflitos entre as famílias envolvidas se acirraram. Considerando isso, por motivos de segurança dos servidores da FUNAI, a realização da diligência foi postergada e não ocorreu até os dias de hoje.

Por fim, o acordo foi homologado em abril de 2019 e de fato abrangeu apenas os Fulni-ô Tapuya descendentes do Pajé Santxiê. Na época, já estava em negociação com o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio) uma área próxima ao Parque Nacional de Brasília para alocar as cinco famílias Fulni-ô/Xukuru não contempladas no acordo. A proposta partiu da disposição da Terracap em ceder área de quatro hectares com a finalidade de constituir Reserva Indígena a ser habitada pelas famílias indígenas em questão. Em novembro de 2018, a Presidência da FUNAI solicitou ao ICMBio a realização de avaliação técnica acerca da viabilidade ambiental da proposta. O ofício enviado, no entanto, não obteve

resposta até a data da Informação Técnica da FUNAI. Em relação aos Guajajara, a realização de diligência para apurar o número de pessoas é de extrema importância para consultar a viabilidade da inclusão ou não dos mesmos no acordo da TI Santuário dos Pajés. Já em relação à área habitada pelos Tuxá e pelos Kariri-Xocó, que também não está incluída dentro dos limites do acordo, é alvo de outro acordo com a Terracap para constituição de Reserva Indígena. Em minuta de acordo<sup>26</sup>, a Terracap se dispõe a doar para União uma área total de 16 hectares adjacente à TI Santuário dos Pajés, com a finalidade de constituição da Reserva Indígena “Kariri-Xocó do Bananal-DF”, destinada à posse permanente e ao usufruto exclusivo de 16 famílias Kariri-Xocó e Tuxá.

Considerando o breve histórico exposto acima acerca do Santuário dos Pajés, podemos observar que o território é habitado por diversas etnias, que estabeleceram entre si e com o território diversas relações com o passar dos anos, além de terem sido agentes de diversos rearranjos interétnicos no local. Pelo fato de Brasília receber indígenas de diversas etnias, seja por conta de manifestações e reivindicações políticas, atendimento de saúde ou outras migrações motivadas por causas diversas, o Santuário contou ao longo dos anos com moradores e hóspedes que se estabeleceram definitivamente ou não no território. Além dos Fulni-ô, dos Tuxá, dos Kariri-Xocó, dos Guajajara e dos Xukuru, vivem no Santuário indígenas das etnias Wapichana, Bororo e outras. Toda essa situação fundiária vivenciada pelos indígenas do Santuário influenciou na saúde da população. Problemas relacionados ao preconceito, alimentação, saneamento básico, zoonoses, e até mesmo à locomoção caracterizaram dificuldades enfrentadas pela comunidade para cuidar de sua saúde. Cada um desses problemas serão relatados adiante.

Como já mostrado acima, na Figura 6, a população indígena do DF é composta principalmente por indígenas advindos da Região Nordeste. Também foi mencionado que, nas regiões de colonização mais antiga, como é o caso da Região Nordeste, verificou-se intensa ocorrência de casamentos inter-raciais e interétnicos, além da exploração sexual de mulheres indígenas, ambos incentivados pela política de miscigenação pombalina, que tinha em vista especialmente deslegitimar o

---

<sup>26</sup> Disponível no processo nº 08620.061227/2013-69 do Sistema Eletrônico de Informações da FUNAI. Para conseguir acesso a esses e outros documentos da FUNAI fazer cadastro e solicitação por meio do endereço eletrônico: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>. Acesso em: 29 jul. 2019.

pertencimento étnico dos indígenas para desapropriá-los de suas terras. Foi criada então uma polarização entre indígenas “puros” e “misturados”, sendo que esses últimos sofrem manifestações únicas de racismo e preconceito, que geralmente se baseiam na negação étnica desses povos. Nesse contexto dos povos indígenas do Nordeste, sinais diacríticos comumente utilizados para determinar as fronteiras entre os grupos sociais – como, por exemplo, o idioma, o vestuário, os traços fenotípicos, a religião, etc. – não podem ser aplicados (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011).

Devido ao histórico de miscigenação, conflitos, perseguições, aldeamentos forçados e um longo processo de adaptação às novas condições sociais, especialmente devido a diversidade de cada povo, seus modos de viver, ser e estar no mundo, “tornara-se extemporâneo procurar entre os grupos indígenas do Nordeste uma característica cultural típica do ‘índio genérico’” (ibidem: 185). Desse modo, precisamos entender o conceito de emergência étnica, que, segundo Nakashima e Albuquerque (2011), é um processo histórico e político em que uma comunidade se reivindica como etnicamente diferenciada devido a sua herança sociocultural. Podemos pensar que essas comunidades estiveram silenciadas diante de processos colonizadores violentos como uma estratégia de resistência e, agora, encontraram um momento político propício para apresentarem seu pertencimento social e étnico. Ainda segundo os autores, no caso do Nordeste, os povos indígenas vêm construindo o discurso da diferença étnica com base na reelaboração de símbolos e tradições culturais. Aliás, podemos dizer que todos os povos indígenas agenciam essa reelaboração.

Além de muitos indígenas do Nordeste sofrerem preconceitos por conta de suas características fenotípicas e culturais, muitos também sofrem com o fato de terem migrado e viverem nas cidades. O fato de indígenas morarem em cidades tem sido equivocadamente compreendido como indicador da falta de desejo por parte deles em conservar suas tradições, deduzindo-se automaticamente a renúncia à proteção garantida pela legislação (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011). Essa compreensão é rasa e não leva em conta uma série de processos históricos de opressão e discriminação, além não compreender que a cultura é “[...] uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. É um sistema simbólico fluido e aberto” (LANGDON, 2005: 118).

Esses preconceitos reverberam na assistência de saúde dos povos indígenas que vivem nas cidades, começando pelo fato de que a legislação brasileira não trata especificamente da questão dos indígenas que vivem fora das TIs, que por sua vez são chamados erroneamente de índios “não-aldeados” ou “desaldeados”. Em pesquisa realizada com os indígenas Pankararu que vivem em uma favela de São Paulo, Matsuyama (2018) entrevista um indígena Pankararu que afirma:

“eu acho o seguinte, São Paulo deveria ter pelo menos um metro de terra, áreas indígenas Pankararu. [...] qualquer projeto que fizer em São Paulo e não for áreas indígenas, eles usam aquele palavreado ‘é índio desaldeado’, uma coisa que essa palavra me corrói, entende. Índio desaldeado por que? Quer dizer que você vai embora até o Japão, ‘não, você não é mais brasileiro’. Essa palavra “índio desaldeado”, o índio sente como se ele fosse um fugitivo de aldeia” (MATSUYAMA, 2018: 74-75).

Nesse sentido, esses indígenas vivem uma espécie de “limbo jurídico”, que dificulta e impede o usufruto dessa população aos seus direitos (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011). Uma vez, por exemplo, acompanhando as consultas do ASI, uma enfermeira me disse depois de dar entrada em um paciente indígena que tinha cabelos crespos, usava uma vestimenta social e ouvia música em seu *smarthphone*: “tem uns índios que entram aqui que nem parecem índios”. Em outra ocasião, em uma discussão em grupo realizada num mutirão de saúde ocorrido no Santuário dos Pajés em 2017, uma profissional do HUB destacou que achava que os indígenas das cidades “têm demandas e jeitos de pensar mais parecidos com os da população mais carente do DF do que com os indígenas que vem lá do interior do Amazonas”. Essa fala revela o que foi discutido acima sobre a negação do pertencimento étnico de indígenas vistos como “misturados”, especialmente os que vivem nas cidades.

Conheci o Santuário dos Pajés pela primeira vez em novembro de 2017, dois meses depois de conhecer a equipe do ASI. Nessa ocasião, a Ebserh estava realizando um grande mutirão de saúde indígena, chamado de “Ebserh Solidária”<sup>27</sup>, que tinha como principal função prestar atendimento odontológico, pediátrico e

---

<sup>27</sup> Confira reportagem realizada sobre a Ebserh Solidária no link: [http://www2.ebserh.gov.br/de/web/hub-unb/noticia-aberta/-/asset\\_publisher/y80lztb9DtLU/content/hub-realiza-470-atendimentos-em-comunidade-indigena?\\_101\\_INSTANCE\\_y80lztb9DtLU\\_redirect=%2Fde%2Fweb%2Fhub-unb%2Fnoticia-aberta%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_y80lztb9DtLU%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26p\\_r\\_p\\_564233524\\_tag%3DEbserh%2BSolid%25C3%25A1ria](http://www2.ebserh.gov.br/de/web/hub-unb/noticia-aberta/-/asset_publisher/y80lztb9DtLU/content/hub-realiza-470-atendimentos-em-comunidade-indigena?_101_INSTANCE_y80lztb9DtLU_redirect=%2Fde%2Fweb%2Fhub-unb%2Fnoticia-aberta%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_y80lztb9DtLU%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1%26p_r_p_564233524_tag%3DEbserh%2BSolid%25C3%25A1ria). Acesso em: 25 jul. 2019.

vacinação para a população do Santuário. Foi um evento muito grande e importante para todas as partes envolvidas, pois estavam presentes o presidente da Ebserh, a diretora do HUB, importantes chefes de outros setores do hospital, funcionários da UBS nº 2 da Asa Norte, lideranças indígenas do Santuário e até mesmo emissoras de televisão. Além do atendimento e vacinação da população, foi realizada uma roda de conversa entre profissionais de saúde e a população, com o objetivo de promover o diálogo entre as partes visando a melhoria do atendimento de saúde, tanto no ASI, quanto na UBS.

Para que os atendimentos do mutirão fossem realizados, montaram um consultório em uma das casas. Já para vacinação, montaram uma estrutura com algumas mesas e cadeiras e, enquanto os profissionais da UBS aplicavam a vacina, os estagiários e profissionais do ASI realizavam o cadastramento e o preenchimento do cartão de vacinação de cada paciente. Uma liderança Guajajara do Santuário destacou a importância da aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade indígena. Também destacou a importância da implementação de outras políticas públicas, além das de saúde, destinadas aos povos indígenas que vivem nas cidades, como, por exemplo, a instalação de escolas indígenas que ensinem na própria língua. Outra liderança Guajajara comentou sobre as dificuldades e constrangimentos vivenciados, especialmente pelos Guajajara, no atendimento de saúde dos postos por conta do idioma. Um professor do DSC da UnB e membro do ASI, falou sobre a necessidade de a academia sair da “capela de cristal”. Para ele, a academia deve encarar os problemas reais da sociedade e a ida ao território é uma quebra de paradigmas. “Devemos não apenas tratar doenças, e sim a sociedade como um todo”, diz Edgar. A diretora do HUB falou sobre a importância do estabelecimento de uma relação de confiança com as lideranças. Ela acredita que se deve ter um contato contínuo com a comunidade, não ir apenas uma vez e nunca mais voltar.

Houve também uma oficina de interculturalidade, que contou com a realização de algumas atividades em grupo, rodas de conversa e distribuição de panfletos contendo informações sobre a importância da interculturalidade na saúde indígena. Uma das dinâmicas realizadas em grupo consistia na elaboração de um cartaz que deveria conter algumas palavras-chave consideradas como importantes para o atendimento em saúde indígena. Sendo assim, quando a discussão do grupo que eu



fazia parte iniciou, uma profissional do HUB afirmou: “eu entendo que eles tenham as crenças deles, mas eu também vejo que eles não se esforçam para dar continuidade ao tratamento, eles não seguem as recomendações médicas”. Outros participantes do grupo afirmaram que essa atitude por parte dos pacientes indígenas poderia ocorrer por conta do despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com as especificidades desses pacientes, “provavelmente eles [os profissionais de saúde] passam um tratamento sem nem saber o que o indígena pensa”, como afirmou um enfermeiro do HUB. A profissional prosseguiu afirmando que sente dificuldade em recomendar e reconhecer outros tratamentos que não fossem biomédicos, “a gente passa a faculdade inteira aprendendo métodos que foram comprovados cientificamente, aprendemos apenas esses tipos de tratamentos, é difícil quando chegam pessoas que misturam a crença delas com o conhecimento científico”. Essas falas demonstram a limitação da formação dos profissionais de saúde, que geralmente não engloba o ensino da saúde em contextos interculturais.



**Figura 8:** Roda de conversa entre profissionais de saúde e lideranças indígenas do Santuário dos Pajés realizada no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.



**Figura 9:** Atendimento odontológico aos moradores do Santuário dos Pajés realizado no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.



**Figura 10:** liderança Guajajara do Santuário dos Pajés sendo entrevistada por repórteres da TV Brasil no mutirão de saúde indígena intitulado “Ebserh Solidária”. Foto: Gabriela Oliveira Sabadini.



Como já comentado anteriormente, a comunidade indígena do Santuário dos Pajés, após muita reivindicação, passou a receber um atendimento especializado ofertado pela UBS nº 2 da Asa Norte, que formou uma eSF para atendimento dessa população. Para entender melhor esse atendimento é necessário introduzir o Art. 2º da PNAB:

“a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017e: n.p.).

A Atenção Básica é ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, sendo proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Os princípios da Atenção Básica são a universalidade, a equidade e a integralidade e suas diretrizes são: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade.

As diretrizes mais relevantes para compreender o atendimento realizado pela UBS à comunidade do Santuário dos Pajés são:

- a) Regionalização e Hierarquização: considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde entre si, com fluxos e referências estabelecidos;
- b) Territorialização: permite o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS, onde se executam ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são criados para

dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica, de forma a atender a necessidade da população adscrita ou das populações específicas;

- c) População Adscrita: é a população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde (BRASIL, 2017e).

Ainda segundo a PNAB, todos os profissionais do SUS, especialmente da Atenção Básica, são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas. Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas, sendo que, em algumas realidades, ainda é necessário dispor de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à essas populações específicas (BRASIL, 2017e).

Segundo Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (GDF, 2017) a eSF é responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde. Ainda segundo essa política, a territorialização deverá ser realizada por todas as UBS e o usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência segundo a área de sua residência. Depois da definição do território de responsabilidade da UBS, deverá ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades locais para o planejamento condizente com as necessidades da população. A política ainda destaca que o território é dinâmico e está em permanente transformação, portanto deve-se promover a atualização periódica das informações e do diagnóstico de saúde da população. O mapa da área de abrangência também deverá estar sempre atualizado e ser do conhecimento de todos os profissionais, além de estar disponível aos usuários.

Considerando as informações explicitadas acima sobre as políticas de saúde nacional e distrital, a UBS nº 2 da Asa Norte ficou responsável pelo atendimento de saúde da população do Santuário dos Pajés, pois é o posto de saúde mais próximo

da área, cumprindo com o princípio da territorialização previsto pela PNAB. Por se tratar de uma população indígena, que possui especificidades epidemiológicas e culturais em relação à saúde, a UBS formou uma eSF responsável por atender a comunidade indígena do Santuário. Esse atendimento é realizado tanto na UBS quanto no território, sendo comum a organização de mutirões de saúde no território.

Em apresentação realizada na UBS nº 2 da Asa Norte em junho de 2018, a gerente da unidade explica que o Santuário dos Pajés é composto por diversas etnias, que, em sua maioria, viviam em aldeias de outros estados brasileiros e foram se acomodando no DF por conta da maior facilidade de atendimento à saúde, educação e trabalho. A população do Santuário cadastrada pela UBS é composta por 70% de mulheres e 30% de homens, além de possuir poucos idosos maiores de 60 anos e muitos jovens de 15 a 20 anos. Segundo a gerente, a maior quantidade de mulheres significa maior quantidade de gravidezes, violências de gênero, demanda por educação sexual e atendimento ginecológico e obstétrico. Também comentou que o preconceito inicial de alguns profissionais de saúde foi uma barreira para atender a população indígena do local.

A gerente afirmou que também houve certa dificuldade no atendimento dos indígenas Guajajara, que não falam português. Sendo assim, a UBS prefere ir ao território para fazer atendimento a essa etnia, evitando, assim, conflitos e constrangimentos entre esses indígenas e profissionais de saúde ou outros pacientes da UBS. A equipe também relatou preocupação com o saneamento básico da população, pois não há coleta de lixo, escoamento de água, rede de esgoto e água encanada nas casas. Em uma época também houve uma infestação de pulgas em uma área do território, que estava prejudicando as pessoas e os cachorros da região. Para isso, uma bióloga da SES-DF foi ao Santuário para analisar e solucionar a situação. Além disso, existem alguns cachorros no território que estão com leishmaniose<sup>28</sup>, porém a população é muito apegada a esses cachorros e existe um receio por parte da UBS em sugerir o sacrifício dos animais.

---

<sup>28</sup> Doença infecciosa e não contagiosa, causada por parasitas do gênero *Leishmania*, que se multiplicam no interior das células imunológicas do indivíduo. Há dois tipos de leishmaniose: a leishmaniose cutânea, que se caracteriza por feridas na pele que se localizam com maior frequência nas partes descobertas do corpo, e a leishmaniose visceral, que acomete vários órgãos internos, principalmente o fígado, o baço e a medula óssea. Esse último tipo de leishmaniose acomete essencialmente crianças de até dez anos e após esta idade se torna menos frequente. A leishmaniose

Entre outras preocupações, o estilo de vida nutricional da população se destaca, pois pode vir a ser um problema no futuro, já que eles comem muita comida industrializada (salgadinhos empacotados principalmente). Além de ser um problema nutricional, é também um problema ambiental, já que a ingestão desses alimentos produz muito lixo no território. Também eram constantes as reclamações, por parte da população do Santuário, referentes a dificuldades que a população enfrenta com a locomoção do território à UBS. Essa dificuldade se dá pelo fato de as casas do território se encontrarem longe de pontos de ônibus, além de o caminho a percorrer até o ponto ser uma estrada de terra, que fica bastante prejudicada em períodos de chuva. A solução foi criar um consultório dentro do Santuário. A instalação do consultório resolveu a questão do transporte, que faz com que os indígenas não retornem e não façam o tratamento indicado, e também deixa a população mais à vontade para o atendimento, já que muitos relataram que a UBS é ambiente hostil por conta do preconceito de outros pacientes.

Todos esses principais problemas e demandas de saúde da população do Santuário (educação sexual e ginecológica, saneamento básico, nutrição, leishmaniose, etc.) são acompanhados pela eSF da UBS e pela equipe do ASI, sendo que os estagiários do ASI, graduandos do curso de Saúde Coletiva da UnB, também colaboram realizando pesquisas junto à comunidade e produzindo trabalhos sobre os temas mais relevantes para população no momento. No segundo semestre de 2018, por exemplo, o aluno Luis Gustavo Nascimento Rivero dedicou-se ao tema da leishmaniose nos cachorros do Santuário. Junto à comunidade, ele instalou cinco armadilhas luminosas para capturar mosquitos e, após análise laboratorial dos mosquitos, constatou que a espécie mais comum dos mosquitos era *Lutzomyia longipalpis*, vetor principal da leishmaniose visceral. Junto com a Diretoria de Vigilância Ambiental do DF e a comunidade do Santuário, o aluno também promoveu a coleta de sangue de 22 cachorros, sendo que dois de fato tinham leishmaniose. Os resultados positivos foram comunicados às lideranças indígenas e os donos dos cães

---

é transmitida por insetos hematófagos (que se alimentam de sangue), sendo o principal transmissor o mosquito-palha, que transmite a doença para animais ou humanos. O diagnóstico da leishmaniose é realizado por meio de exames clínicos e laboratoriais e seu tratamento é feito com medicamentos. A prevenção da leishmaniose deve ser feita a partir do controle dos mosquitos e sacrifício ou tratamento dos animais contaminados. Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/126leishmaniose.html>. Acesso em: 26 jul. 2019.

optaram pelo sacrifício dos animais, afirmando que seria a opção mais segura para a comunidade, especialmente para as crianças.

Um serviço de saúde parecido é ofertado por uma UBS da cidade de São Paulo localizada na favela Real Parque, local que conta com uma grande comunidade Pankararu vinda de Pernambuco a partir da década de 1940. O direito à uma assistência de saúde diferenciada foi reivindicada pela população devido à recusa por parte dos profissionais de saúde da UBS em respeitarem suas práticas tradicionais e não reconhecerem seu pertencimento étnico. Em busca de atendimento especializado, muitos Pankararu se juntavam e se deslocavam até o Ambulatório do Índio da UNIFESP. O ambulatório realizava o primeiro atendimento e encaminhava os pacientes para o Hospital São Paulo. Porém, o grande contingente de Pankararu que buscavam o serviço no mesmo período desorganizava o fluxo, comprometendo os atendimentos do hospital. Sendo assim, existia a necessidade de ter uma equipe de saúde específica para atender indígenas no nível da Atenção Básica. A comunidade se mobilizou e em 2006 a FUNASA, em parceria com o gestor municipal de São Paulo, implementou a eSF indígena. A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, duas auxiliares de enfermagem e duas agentes indígenas de saúde (AIS), sendo que as agentes devem ser Pankararu residentes do Real Parque (MATSUYAMA, 2018).

Vimos que a população indígena do Santuário dos Pajés conseguiu, por meio de muita articulação e luta política, garantir seus direitos em relação ao atendimento de saúde diferenciado para a comunidade. Porém, o mesmo não ocorre com o restante da população indígena do DF, que está espalhada pelas RAs e não recebem uma atenção especializada. Levando isso em conta, o ASI passou a oferecer a partir de 2017 um serviço de Atenção Básica à população indígena do DF. Esse atendimento, como já comentado, é realizado semanalmente e possui livre demanda. Sendo assim, na seção seguinte pretende-se analisar alguns dados observados em campo na realização dessas consultas.

### **III. Consultas semanais do ASI**

Como já dito na Introdução deste trabalho, o objetivo inicial da minha pesquisa era observar os conflitos vivenciados por pacientes indígenas internados no HUB. Porém, depois de algumas visitas à internação percebi que não havia tanta abertura por parte dos pacientes indígenas para conversar sobre seus problemas de saúde,

experiências no fluxo da atenção à saúde indígena ou sobre outros assuntos mais gerais. Acredito que isso ocorreu, em parte, pelo fato desses indígenas já terem percorrido um grande e exaustivo caminho dentro do fluxo até chegar ao DF, se deslocando de suas respectivas aldeias, onde vivem de acordo com seus hábitos e crenças, até chegar na internação do hospital, ambiente desconhecido e muitas vezes hostil para uma pessoa que já se encontra fragilizada. Também deve-se considerar o fato de que quando os indígenas são encaminhados para o HUB, especialmente para a internação, se tratam de casos de MAC, que possuem resoluções e tratamentos mais complexos e também podem causar maiores incômodos aos pacientes. Além disso, quando a informação de que havia um indígena internado na Clínica Médica do HUB chegava ao ASI e eu ia visitar o paciente, repetidas vezes ele já tinha recebido alta ou estava com quadro de saúde estável. Ou seja, a maioria das internações tinham uma duração curta, de aproximadamente duas ou três noites. Também existiam períodos em que, por falta de demanda, o HUB ficava algum tempo sem receber indígenas na internação. Todos esses fatores dificultavam uma percepção aprofundada e um contato prolongado com os pacientes e com o ambiente da internação em si, que é essencial para o estabelecimento de vínculos.

Para ilustrar o caso da internação indígena no HUB, foram registrados pelo ASI no ano de 2018 um total de 39 pacientes internados, pertencentes à 15 etnias: Kalapalo, Xavante, Guarani, Kamayurá, Suyá, Marubo, Pataxó, Fulni-ô, Goitacá, Ikpeng, Juruna, Nafukuá, Tapayuna, Tukano e Waurá.

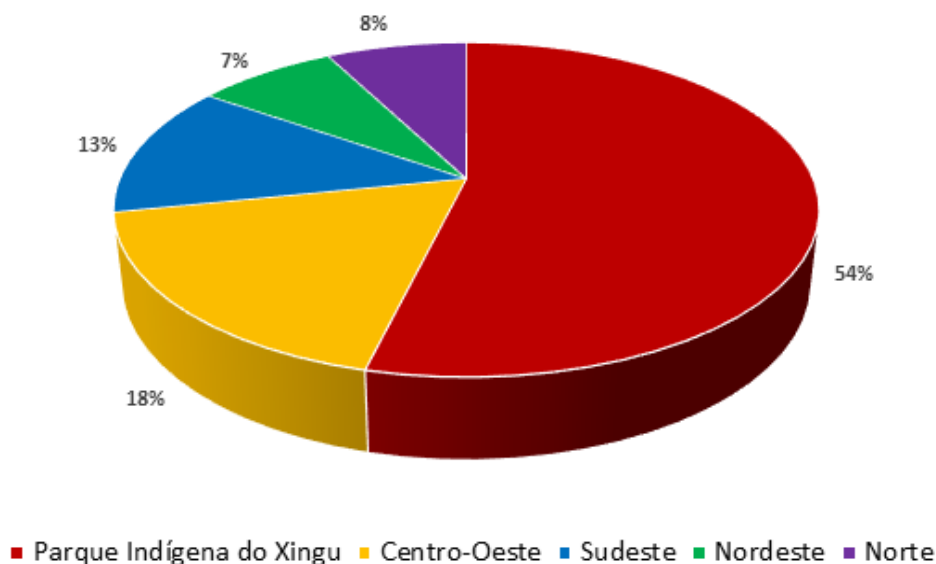
<b>Etnias dos pacientes internados</b>	<b>Nº de internações por etnia</b>
Kalapalo	10
Xavante	7
Guarani	4
Kamayurá	3
Suyá	3
Marubo	2
Pataxó	2
Fulni-ô	1
Goitacá	1



Ikpeng	1
Juruna	1
Nafukuá	1
Tapayuna	1
Tukano	1
Waurá	1

**Figura 11:** Tabela com números absolutos das etnias dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.

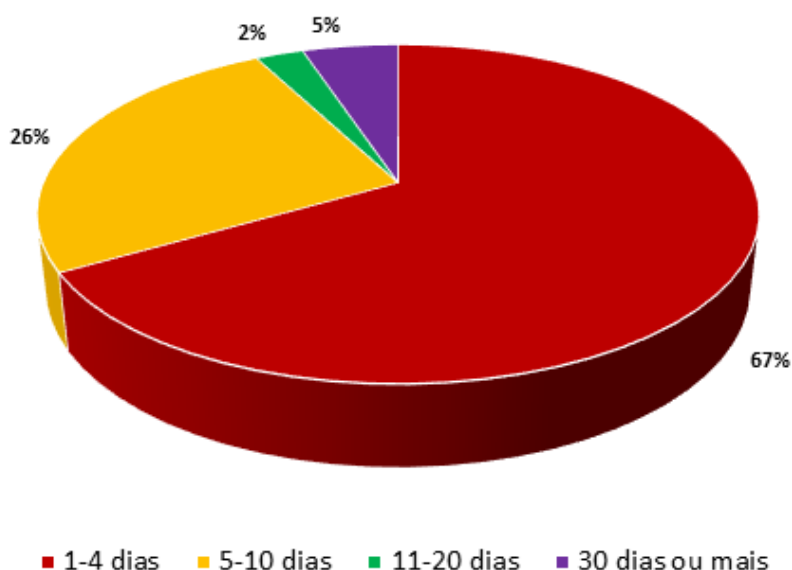
Analisando a origem de cada uma dessas etnias é possível constatar que a Região Centro-Oeste foi a que mais encaminhou indígenas para internação no HUB (28 internações). Dessas internações do Centro-Oeste, 21 foram de etnias advindas do PIX. Em relação às outras regiões, o HUB contou com cinco internações de pacientes pertencentes a etnias do Sudeste; três do Nordeste e três do Norte, sendo que não houve a presença de nenhuma etnia advinda do Sul.



**Figura 12:** Gráfico com porcentagem das origens das etnias dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.

Em relação ao tempo de duração das internações, constatou-se que 26 internações tiveram duração de um a quatro dias; dez tiveram duração de cinco a dez dias; uma teve duração de 11 a 20 dias e duas duraram 30 dias ou mais, resultados

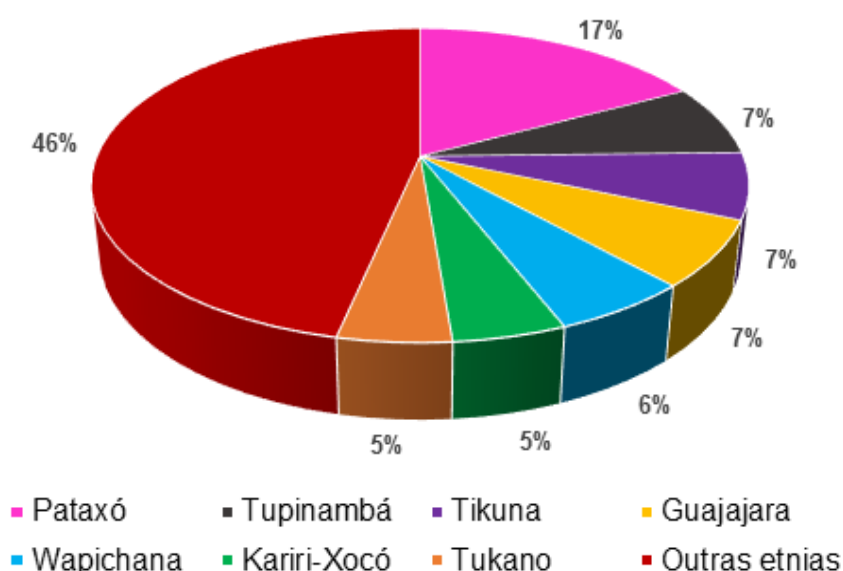
que revelam que de fato a maioria dos pacientes indígenas em 2018 permaneceram internados durante um período curto de dias.



**Figura 13:** Gráfico com porcentagem do período de permanência dos pacientes indígenas internados no HUB em 2018. Fonte: elaboração da autora.

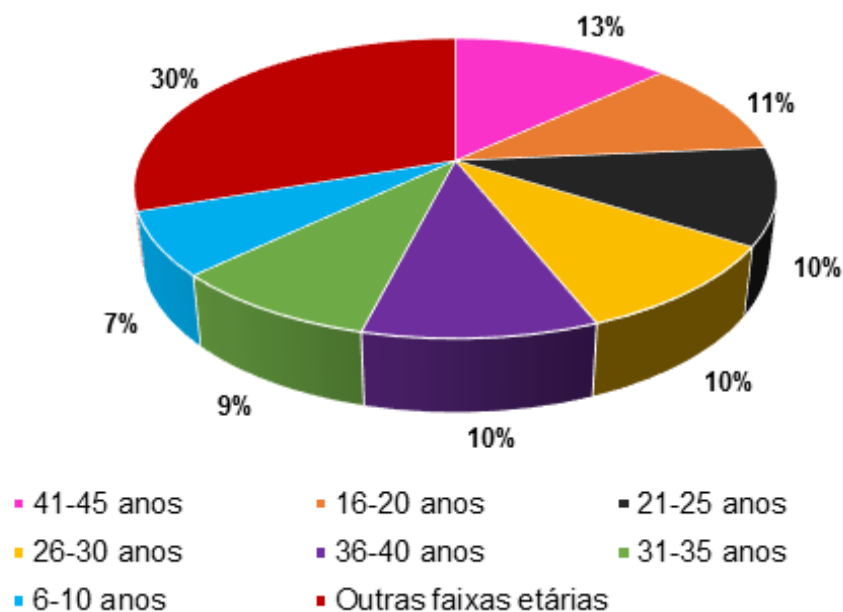
Já em relação às consultas semanais que ocorrem no ASI à população indígena do DF, obtive melhor entrosamento com os pacientes, que se mostraram mais abertos para conversar sobre assuntos do dia-a-dia e sobre seus casos de saúde, e também com o médico Danilo, que sempre se mostrou muito aberto para dialogar e me receber no consultório. Além disso, pude acompanhar diversos retornos desses pacientes, estabelecendo contatos mais profundos com eles. À guisa de ilustração, foram realizadas no ASI em 2018 um total 191 consultas destinadas à 118 indígenas que vivem no DF, sendo que estes pertencem a 35 diferentes etnias. Desse total de consultas, 87 foram primeiras consultas (representando 45% do número total de consultas) e 104 foram retornos (representando 55% do número total de consultas). A alta prevalência de primeiras consultas se deve ao fato de que esse serviço ofertado pelo ASI é muito novo. Em relação ao gênero, 108 consultas foram destinadas a mulheres (representando 57% do número total de consultas) e 83 foram destinadas a homens (representando 43% do número total de consultas), dados que revelam a existência de um certo equilíbrio em relação ao gênero nas consultas realizadas no ASI em 2018.

As 35 etnias atendidas foram: Baniwa, Desana, Fulni-ô, Goitacá, Guajajara, Guarani, Kayabi, Kalapalo, Kamayurá, Karajá, Kariri-Xocó, Kaxuyana, Krahô, Kuikuro, Makuxi, Matipu, Pankará, Pankararu, Patamona, Pataxó, Potiguara, Quéchua, Quispe, Tapuya, Taurepang, Terena, Tikuna, Tukano, Tupinambá, Tupiniquim, Tuxá, Wapichana, Wassü, Xukuru e Yawalapiti. As sete etnias que mais demandaram consultas foram, em ordem decrescente: os Pataxó, com 33 consultas; os Tupinambá, com 14 consultas; os Guajajara e os Tikuna, ambas com 13 consultas; os Wapichana, com 11 consultas e, por fim, os Kariri-Xocó e os Tukano, ambas com nove consultas. Somadas, essas sete etnias demandaram 54% do número total de consultas realizadas no ASI em 2018, ou seja, todas as outras 28 etnias atendidas somaram menos da metade do percentual total das consultas realizadas no ASI nesse mesmo ano.



**Figura 14:** Gráfico com porcentagem das sete etnias que mais demandaram atendimento nas consultas do ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.

A faixa etária que mais demandou atendimento foi a de 41 a 45 anos, com 25 consultas realizadas. Seguindo esta, as faixas etárias que mais demandaram atendimento foram, em ordem decrescente: 16 a 20 anos e 21 a 25 anos, demandando cada uma dessas faixas etárias 20 consultas; 26 a 30 anos e 36 a 40 anos, demandando cada uma 19 consultas; 31 a 35 anos, que demandou a realização de 17 consultas e, por fim, a faixa etária de 6 a 10 anos, que demandou a realização de 13 consultas. Considerando o exposto acima, constata-se que a população indígena do DF que mais buscou atendimento no ASI foi a adulta (faixa etária de 26 a 45 anos).



**Figura 15:** Gráfico com porcentagem das sete faixas etárias que mais demandaram atendimento nas consultas do ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.

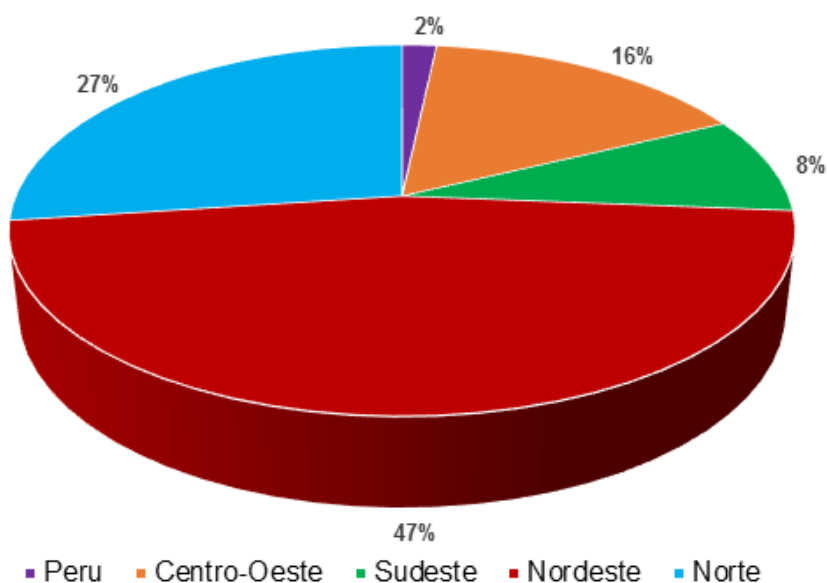
Acima, os dados se referem aos quantitativos das consultas realizadas no ASI em 2018. Agora partiremos para uma breve análise quantitativa dos pacientes em si. Como já mencionado, foram atendidos 118 pacientes pertencentes a 35 etnias. Em relação ao gênero dos pacientes, 66 eram mulheres (representando 56% do número total de pacientes) e 52 eram homens (representando 44% do número total de pacientes), dados que também revelam equilíbrio em relação ao gênero desses pacientes. As nove etnias mais presentes foram, em ordem decrescente: 15 pacientes Pataxó (representando 13% do total de pacientes); 11 pacientes Guajajara (representando 9% do total de pacientes); sete pacientes Tupinambá e Wapichana (representando, cada uma dessas etnias, 6% do total de pacientes); seis pacientes Fulni-ô, Terena e Tikuna (representando, cada uma dessas etnias, 5% do total de pacientes) e, por fim, cinco pacientes Kamayurá e Kariri-Xocó (representando, cada uma dessas etnias, 4% do total de pacientes). Somadas, essas nove etnias representam 57% do número total de pacientes atendidos no ASI em 2018.

Etnias	Nº de consultas por etnia	Nº de pacientes por etnia
Baniwa	4	3
Desana	3	3
Fulni-ô	8	6
Goitacá	5	4
Guajajara	13	11
Guarani	1	1
Kayabi	1	1
Kalapalo	3	3
Kamayurá	8	5
Karajá	6	3
Kariri-Xocó	9	5
Kaxuyana	1	1
Krahô	1	1
Kuikuro	1	1
Makuxi	2	2
Matipu	1	1
Pankará	1	1
Pankararu	7	3
Patamona	2	1
Pataxó	33	15
Potiguara	3	2
Quéchua	3	1
Quispe	1	1
Tapuya	1	1
Taurepang	1	1
Terena	8	6
Tikuna	13	6
Tukano	9	4
Tupinambá	14	7
Tupiniquim	5	4
Tuxá	2	2
Wapichana	11	7
Wassü	1	1
Xukuru	8	3
Yawalapiti	1	1

**Figura 16:** Tabela geral das etnias dos pacientes indígenas que se consultaram no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.

Analisando a origem das etnias dos pacientes indígenas atendidos no ASI em 2018, constata-se que a maioria é advinda da região Nordeste, seguida pela região Norte, Centro-Oeste e Sudeste, respectivamente. O ASI ainda recebeu em 2018 dois pacientes vindos do Peru, pertencentes às etnias Quéchua e Quispe. Em relação a região Sul, nenhuma etnia foi registrada. O fato de etnias da Região Nordeste serem

predominantes nas consultas já era esperado, pois, como já mencionado no início deste capítulo, 40,2% da população indígena do DF veio dessa região (GDF, 2015).



**Figura 17:** Gráfico com porcentagem das origens das etnias dos pacientes indígenas consultados no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.

Em relação à idade, a maior parte dos pacientes atendidos pelo ASI em 2018 tinham de 16 a 20 anos e de 41 a 45 anos, cada uma dessas faixas etárias possuindo 15 pacientes; seguidos por 14 pacientes que tinham de 21 a 25 anos; 12 pacientes possuindo de 26 a 30 anos; dez pacientes possuindo de 31 a 35 anos e também dez possuindo de 36 a 40 anos. A paciente mais nova atendida no ASI em 2018 foi uma recém-nascida de um mês e 22 dias e o paciente mais velho foi um senhor de 93 anos.

Faixas etárias	Nº por consultas	Nº por pacientes
1 mês-5 anos	10	8
6-10 anos	13	6
11-15 anos	10	6
16-20 anos	20	15
21-25 anos	20	14
26-30 anos	19	12
31-35 anos	17	10
36-40 anos	19	10

41-45 anos	25	15
46-50 anos	12	7
51-60 anos	12	7
61-70 anos	3	3
71-80 anos	6	3
81-90 anos	4	1
91-100 anos	1	1

**Figura 18:** Tabela geral das faixas etárias dos pacientes indígenas que se consultaram no ASI em 2018. Fonte: elaboração da autora.

Durante o trabalho de campo, acompanhei 52 consultas à 45 pacientes de 16 etnias diferentes: Baniwa, Desana, Fulni-ô, Guajajara, Kalapalo, Kamayurá, Karajá, Kariri-Xocó, Pankará, Pankararu, Pataxó, Taurepang, Terena, Tikuna, Tupinambá e Xukuru. As mais presentes, em ordem decrescente, foram: Pataxó, Tikuna, Fulni-ô e Tupinambá. Os pacientes que eu acompanhei nas consultas também se mantiveram equilibrados em relação ao gênero, sendo 25 mulheres e 20 homens. Em relação à idade, pude acompanhar em maior quantidade o atendimento a indígenas de 21 a 25 anos, 31 a 35 anos, 41 a 45 anos e 51 a 60 anos. As maiores queixas desses pacientes foram em relação a:

- a) Problemas ortopédicos, como dores nos ombros, quadris e joelhos;
- b) Problemas dermatológicos, como acne, manchas na pele, ressecamento da pele, verrugas e coceiras;
- c) Problemas ginecológicos, como menstruação irregular, cólicas exacerbadas, endometriose, adenomiose e ovário policístico. Também houve grande demanda por indicação de anticoncepcionais e exames preventivos;
- d) Problemas oftalmológicos relacionados a dificuldades para enxergar;
- e) Diabetes e hipertensão;
- f) Dores abdominais, que tiveram diversas causas, como viroses, problemas ginecológicos, gastrite, cálculos na vesícula e nos rins ou até mesmo ansiedade;
- g) Gripes com febre, dor de garganta, tosse e coriza;

- h) Problemas otorrinolaringológicos, como desvio de septo, rinorreia, zumbido, surdez e problemas relacionados ao labirinto;
- i) Problemas odontológicos, como próteses quebradas, dor no dente ou demanda por limpeza bucal.

As resoluções mais comuns do médico do ambulatório consistiram na realização de testes clínicos feitos no próprio consultório para confirmar hipóteses; na indicação de remédios farmacêuticos, sendo os mais comuns pílulas anticoncepcionais, antibióticos, especialmente em casos de infecções de garganta, omeprazol em casos de gastrite, remédios para hipertensão e problemas cardíacos, ansiolíticos para casos de ansiedade e roacutan para problemas de acne; na indicação de xaropes para tosse e sprays para o nariz em casos de gripe; na indicação de hidratantes e pomadas para problemas de pele e, por fim, na realização de encaminhamentos para outras especialidades e exames. Os exames mais solicitados pelo médico foram hemogramas, ecografias e preventivos de câncer no útero, de mama e de próstata. Em relação aos encaminhamentos, os mais comuns foram para a ortopedia, ginecologia, oftalmologia, odontologia e, em menor proporção, para reumatologia, otorrinolaringologia, urologia e cirurgia (geral e ortopédica). É importante destacar que o Dr. Danilo é especializado em dermatologia e, por isso, resolve a maioria das questões relacionadas ao tema no próprio ASI, sem necessidade de encaminhar os pacientes.

Foi comum observar que o médico apresenta mais de uma opção de tratamento ao paciente, além de explicar muito bem o tratamento indicado. Foi o caso de Vivian<sup>29</sup>, uma indígena Guajajara que vivia no Santuário dos Pajés. A paciente chegou na consulta afirmando que não queria mais engravidar e, por isso, desejava tomar pílula anticoncepcional. Danilo sugere que talvez seria melhor colocar DIU<sup>30</sup>, pois o anticoncepcional requer um uso contínuo e metódico e se não for utilizado corretamente não tem a mesma eficácia. Sendo assim, ele explicou muito bem as duas opções para ela, mas, por estar envergonhada e não falar muito bem português,

---

<sup>29</sup> Para preservar as identidades dos pacientes, todos os nomes serão fictícios.

<sup>30</sup> DIU é a sigla para dispositivo intrauterino, método anticoncepcional eficaz, prático, sem hormônios e que satisfaz as necessidades contraceptivas da maioria das mulheres. Seu tempo de ação é de dez anos e sua eficácia é de 99,3%. O procedimento para colocar o DIU é no geral simples e indolor. Para mais informações acesse o link: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52406-esclarecendo-mitos-sobre-o-diu-de-cobre>. Acesso em: 05 ago. 2019.



a paciente não estava dizendo qual opção ela preferia. Por sentir certo recuo da paciente após a explicação sobre o procedimento de colocação do DIU, falei para o Danilo que achava que ela não queria colocar o DIU, pois estava aflita com o procedimento. Na mesma hora ela confirmou e disse que preferiria tomar a pílula. Ele acatou a preferência da paciente e explicou exatamente como ela deveria tomar os comprimidos. Além disso, pesquisou quais anticoncepcionais estavam disponíveis na UBS nº 2 da Asa Norte, posto de referência aos moradores do Santuário.

No caso da indicação de medicamentos mais caros que não estão sempre disponíveis na rede pública, o médico também pergunta se o paciente pode arcar financeiramente com o tratamento. Caso o paciente não possa, ele procura receitar outros medicamentos. Isso ocorre principalmente em relação aos tratamentos dermatológicos, que costumam ter custo mais alto. Outro ponto a se destacar em relação ao médico do ASI é que ele não se importa com o tempo de duração das consultas, atendendo o paciente o tempo que for necessário, além de tirar dúvidas e repetir o que disse quantas vezes for preciso, com muita paciência. Ele também costuma ser muito observador e atencioso com os pontos mais sensíveis de cada paciente. Sobre este último ponto, dois casos são merecedores de destaque. Carol, uma menina Tikuna de dez anos, foi se consultar no ASI, acompanhada de sua mãe, pois tinha tido a primeira menstruação e estava com algumas queixas ginecológicas. Ao falar sobre os sintomas, o médico suspeitou que a menina pudesse estar com alguma infecção leve e fez uma série de recomendações a ela. Depois que a paciente e sua mãe foram embora, o médico comentou que ele até poderia suspeitar de uma DST, mas que essa hipótese é pouco provável pelo fato da paciente ser muito nova. Ele preferiu não fazer perguntas constrangedoras

s para não acuar a jovem: “poderia perguntar coisas desagradáveis, mas isso ia fazer com que ela não voltasse mais, ficasse acuada... e não é isso que nós queremos. Se os sintomas persistirem ela vai voltar”, afirmou o médico. Julia, uma paciente Fulni-ô de 29 anos, chegou na consulta com seu marido se queixando que estava sem menstruar há um ano. A paciente afirmou que antes seu fluxo era regular, mas começou ficar espaçado até deixar de ocorrer. Julia afirma que ela e seu marido nunca evitaram a gravidez com nenhum método contraceptivo e mesmo assim ela só conseguiu engravidar uma vez, mas teve um aborto espontâneo. Danilo passou para ela uma ecografia e um hemograma completo, além de encaminhá-la para o

ginecologista. Depois que o casal saiu do consultório ele comentou que sua hipótese era de que a paciente não poderia mais engravidar, pois teve uma menopausa precoce. Porém, por achar que o casal queria um filho, decidiu ser mais minucioso em sua análise e não falar sobre sua suspeita para não abalar eles desnecessariamente, sem ter uma confirmação.

Outro aspecto importante que observei em relação aos pacientes indígenas que se consultaram no ASI em 2018, foi que casamentos interétnicos são muito presentes em suas vidas. Alessandra, por exemplo, é da etnia Baré e casou-se com um Xukuru que conheceu em Brasília. Por conta do casamento, hoje em dia se autodeclara Xukuru também. Por sua vez, o paciente Wagner disse que seu pai é Xavante e sua mãe Pataxó. O jovem se autodeclara Pataxó por ter mais afinidade com a família materna. Ian, jovem de 17 anos, foi se consultar acompanhado de sua mãe, que é Tuxá, e de seu meio irmão, que é Pankararu. Seu pai é Kariri-Xocó e vive na aldeia, em Alagoas. O jovem se autodeclarou Kariri-Xocó e afirmou que deseja morar com o pai na aldeia. Marília, uma indígena Pataxó, é casada com um Guajajara que conheceu em Brasília. Nina, uma recém-nascida que foi se consultar no ASI, tem mãe Guajajara e pai Xavante. No seu registro do hospital consta a etnia Guajajara. Pedro, um menino de seis anos, tem mãe Kamayurá e pai Kuikuro. Sua mãe vive na aldeia dos Kuikuro e seu pai mora em São Paulo, pois está fazendo um curso de Ensino Superior. A criança está registrada no sistema do hospital como Kamayurá.

Na sala de espera do consultório pude perceber alguns conflitos entre as etnias. Uma paciente Pankararu, por exemplo, ao perceber que um paciente Fulni-ô estava irritado, comentou comigo: “esse é o jeito Fulni-ô de ser”. Essas duas etnias têm um antigo histórico de envolvimento e ambas as suas TIs encontram-se no estado de Pernambuco. Outro exemplo a ser destacado em relação a esse aspecto foi quando um paciente chegou no ASI e passou na frente dos outros que estavam na sala de espera, pois foi apenas buscar uma receita que havia perdido. Pensando que o paciente iria ser atendido, algumas pacientes ficaram indignadas e foram reclamar com a assistente administrativa do ASI, em tom de briga. No fim das consultas do dia, entrou uma paciente Baniwa no consultório e comentou: “Ave Maria, aquelas mulher lá tava tudo nervosa, só porque o cara veio aqui rapidinho resolver o problema dele. Lá no Norte quem é nervoso assim é os Yanomami. Ô povo estressado”.

Tempesta (2010) também observa entre seus interlocutores Wapichana e Macuxi da aldeia Pium (RR) distinções que eles próprios fazem entre o índio “brabo” e o índio “manso” ou “civilizado”: “tem o índio brabo, aquele que vive sem roupa, no mato, o Yanomami, e o índio manso, que sabe conversar, que conhece o dinheiro, que conhece branco, que somos nós, os Wapichana, os Macuxi” (TEMPESTA, 2010: 132). Portanto, é perceptível que na construção da identidade étnica de cada povo permeiam discursos têm suas raízes em um longo processo de interação com os brancos. A identidade e a história que cada povo indígena possui influencia diretamente nas características que essas pessoas estabelecem com os profissionais de saúde e com a própria biomedicina no geral. Os próprios Fulni-ô do Santuário, por exemplo, muitas vezes se autodenominavam para os profissionais de saúde como “povo guerreiro”, “povo bravo” e “povo Tapuya”, termo que, como já vimos, era utilizado pelos portugueses para designar os indígenas que não se deixavam aldear.

Agora falando diretamente sobre as questões de saúde dos indígenas atendidos no ASI, pude perceber que muitos pacientes relataram, quando perguntados sobre o histórico familiar de doenças, a presença do câncer e da diabetes. Carmem, por exemplo, foi se consultar no ASI para fazer um check-up, pois, segundo ela, não ia ao médico há tempos e existe um forte histórico de diabetes na família. Saulo, indígena Taurepang, queixa-se de dores intensas e inchaço na região das axilas. O médico suspeita de linfoma em uma das axilas e pergunta sobre o histórico de câncer na família. Saulo responde que a filha e outros quatro familiares estão com câncer no cérebro. Hugo, paciente da etnia Desana, queixa-se de uma dor aguda no lado direito das costas. Vem sentindo essa dor depois que começou a trabalhar carregando peso, mas teme o câncer, pois está sendo muito frequente na região dele.

Também pude observar diversos casos em que os pacientes citaram problemas relacionados à saúde mental, deles mesmos ou de familiares/conhecidos, como uso excessivo de álcool, depressão e suicídio. Célia, por exemplo, indígena Tupinambá, mora em Brasília há seis anos e veio para cá por conta de uma grave depressão do filho de 34 anos, que segundo ela não aceita o diagnóstico, nem se trata. Michele, paciente Karajá, relatou durante a consulta que teve muitos problemas com o alcoolismo há seis ou sete anos atrás, mas não fez tratamento com remédios por escolha própria e conseguiu se recuperar. Paulo, um senhor Terena de 77 anos,

chegou à primeira consulta queixando-se de uma coceira intensa na região escrotal. Após avaliação clínica e colonoscopia, constatou-se que o paciente estava em um quadro ansioso. Foi receitado pelo médico ansiolítico e o paciente diz estar muito bem e muito mais calmo depois do remédio. Também afirma que a coceira nunca mais voltou e que sua esposa também anda muito satisfeita com sua melhora. Por sua vez, Armando, um senhor Pankararu, disse que veio morar em Brasília porque a filha tentou suicídio. Agora está acompanhando-a e morando com ela para apoiá-la durante sua graduação. Afirma que também já teve “problemas com bebida”. Amanda, sua filha, estava presente na consulta e explicou que tentou se suicidar e desde então faz acompanhamento com um psiquiatra. Pediu na consulta um encaminhamento para atendimento psicológico. Danilo preencheu uma ficha e falou para ela tentar atendimento no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da UnB, já que ela é estudante da universidade.

O caso de Ian, o jovem Kariri-Xocó de 17 anos já mencionado acima, é mais grave. Ele chegou na consulta afirmando que estava escutando vozes, pessoas falando o tempo inteiro. Também se queixou de dores intensas na cabeça e “dor em todo lugar”, além de nos contar que sentia “medo de tudo, medo de morrer”. Falou repetidas vezes que a vida o deixa preocupado, mas não conseguia desenvolver muito suas frases. Sendo assim, seu irmão entrevistou e disse que tudo começou quando ele foi assaltado um dia voltando para casa. Ele afirmou que levaram a mochila dele, mas não o machucaram. Depois disso, explicou o irmão, em um dia de trabalho, Ian saiu no meio do expediente sem avisar ninguém e nunca mais quis voltar, nem concluir seus estudos. O irmão também afirmou que antes do jovem estar “nessa fase de ter medo de tudo” ele estava extremamente agressivo. Continua: “ele não dorme de jeito nenhum, diz que sonha que os amigos estão traindo ele e fica falando toda hora que alguém hackeou o meu celular e o dele, que estamos sendo perseguidos”. Danilo pergunta se na família existe algum histórico de doenças mentais e o irmão responde que sim, que a mãe tem depressão e a irmã tentou se suicidar e por isso voltou a viver com o pai na aldeia, em Alagoas. Tentamos mais uma vez estabelecer contato com o jovem e o médico o perguntou se ele estava se sentindo confuso com algo, se ele sabia o que estava deixando ele assim tão preocupado. Ele nos responde: “sei lá, muitas coisas, tudo... Esse negócio se é índio ou não é índio, que índio que é, perseguição, traição, medo de sair de casa. Tudo...”. O jovem também afirmou, como

descrito acima, que quer ir morar com o pai na aldeia. Danilo então explica para família que ele suspeita de um quadro de estresse pós-traumático por conta do assalto que sofreu. Isso pode ter desencadeado um quadro psicótico, de esquizofrenia, já que o garoto está tendo delírios de perseguição. Diz que ele precisa de um acompanhamento psiquiátrico e explica que no HUB a fila de espera para psiquiatria é de mais de um ano. Então ele faz um relatório para a família e diz para eles irem à emergência psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico São Vicente. Nesse caso, é possível observar como a questão do pertencimento étnico é um dos motivos de aflição para o jovem. O abandono dos estudos e do trabalho e a vontade de ir morar na aldeia com o pai revela uma possível saída que o jovem encontrou para conseguir melhorar seu quadro.

Também é muito interessante observar os fluxos desses indígenas para Brasília. Além dos casos apresentados acima, em que alguns deles vieram morar na capital para acompanhar familiares que estavam passando por algum problema de saúde, existem muitos outros fatores que incentivaram a migração dessas pessoas. Durante o trabalho de campo, pude observar que os pacientes indígenas mais velhos vieram para Brasília em busca de "melhores condições de vida", como melhor acesso à saúde, educação e trabalho. Michele também relatou que sua mãe faleceu de sarampo e ela se mudou para o DF depois disso, especialmente em busca de trabalho. Mora no Recanto das Emas há muitos anos e trabalhou na FUNAI como assistente administrativa. Renata, indígena Kalapalo, também veio para Brasília trabalhar na FUNAI. Antônio, por sua vez, indígena Tupinambá, disse que veio morar em Brasília quando "o primo Galdino foi queimado", em 1997. Afirma que foi um dos indígenas que lutou pela saúde indígena no MPF e na FUNAI. Marília, indígena Pataxó, conta que veio para Brasília para seus filhos terem melhores oportunidades de estudos e emprego. Afirmou que trabalha com artesanato e mora em Planaltina há mais de 15 anos.

Já os indígenas mais novos podem ter nascido no DF ou migrado, sendo o maior motivador para migração o Ensino Superior, e em menor proporção o Ensino Básico. Também apareceram casos em que a migração desses jovens foi motivada pelo fato de outros familiares já viverem na cidade. Jonas, por exemplo, jovem Pataxó de 25 anos, veio da Aldeia Coroa Vermelha, localizada em Porto Seguro, na Bahia, aos 13 anos para estudar e viver com a mãe, que também é indígena e veio para

Brasília trabalhar. Lorena nasceu na Bahia e estuda Direito em Brasília. A jovem Pataxó de 24 anos mora aqui há 11 anos e veio para concluir seus estudos no Ensino Básico. André é Fulni-ô e veio para Brasília pois sua namorada passou no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) para Administração na UnB. Quando chegaram moraram no Santuário dos Pajés por algum tempo e hoje em dia moram juntos na Candangolândia. Gisele, jovem Tikuna de 33 anos, veio para Brasília estudar Nutrição. Entrou no segundo semestre de 2012 e trancou o curso por dois anos quando perdeu a filha de 13 anos, que cometeu suicídio. Sobre o curso a jovem afirmou: “não sei nem porque ainda faço, acho que é porque eu gosto”. Priscila é irmã de Gisele e veio para Brasília apoiar sua irmã no período de luto. Hugo, por sua vez, veio para Brasília estudar para ingressar na UnB com sua namorada. O jovem Desana deseja cursar fisioterapia ou educação física e veio para Brasília há cinco anos, quando tinha 17 anos. Vânia e Francisco, um casal Baniwa, vieram para Brasília porque passaram na UnB. Ela cursa Letras e ele Antropologia. Os primos Pedro e Henrique, de cinco e sete anos, vieram do Xingu morar com a avó em Brasília. Segundo ela, vieram para terem uma educação melhor. “A educação no Xingu é péssima” afirma a avó. “Lá, os alunos não reprovam de ano nunca e por isso empacam quando vão fazer o Ensino Médio ou tentar o Ensino Superior, porque não aprenderam nada”, complementa.

Podemos perceber que a trajetória dos indígenas que vêm referenciados por algum DSEI à procura de um serviço de saúde em Brasília é bastante diferente da trajetória dos indígenas que vieram morar no DF e procuram algum tipo de atendimento de saúde diferenciado. No primeiro caso, o fluxo desses indígenas é motivado, a princípio, exclusivamente para o atendimento de saúde, ou seja, quando esse paciente é tratado e está em boas condições de saúde ele deve voltar para sua aldeia, movimento chamado de contra-fluxo. Esse tipo de fluxo temporário também é observado por Moraes (2012), que estudou o caso de uma “migração estudantil” do Moçambique para o Brasil. A autora critica o termo “migrante” para classificar esses estudantes, que se autodenominam como cosmopolitas na maior parte das vezes, pois, a princípio, consiste em uma migração temporária, com início, meio e fim (a vinda para o Brasil, a experiência universitária e a volta para Moçambique, respectivamente). Metaforicamente, esses indígenas também vivem uma situação parecida: a ida para o HUB em busca de assistência médica, o atendimento médico e

tratamento e o retorno para aldeia após alta. No entanto, segundo a autora, a obrigatoriedade da volta nem sempre se concretiza por diversos motivos. É o caso de Ivanice Tanoné, por exemplo, que veio para Brasília na ocasião de um problema grave que teve em seu tornozelo e, devido ao longo período de tratamento e a recorrentes cirurgias, acabou se mudando para cá e se estabelecendo no Santuário dos Pajés. Ao longo dos anos, como já comentado na seção anterior, Ivanice constituiu sua família no território e permanece lá até os dias de hoje.

No segundo caso, é mais pertinente chamar esse fluxo de pessoas de migração, já que são fluxos com caráter mais permanente. Como já destacado, um dos motivos mais comuns para a migração entre os pacientes do ASI foi a procura por melhores condições de vida nas cidades, como é o caso da procura por educação e trabalho. Como observa Estanislau (2014), os poucos estudos sobre migração indígena feitos no Brasil falam sobre a questão da urbanização dessa população. Segundo a autora, entre 2000 e 2010, os indígenas que migraram para as cidades brasileiras em todas as regiões do Brasil eram jovens de até 19 anos, o que leva a autora a acreditar que essas migrações tiveram motivações como a procura por estudos e trabalho, fato que ela também observa em sua análise de caso sobre a migração Pankararu para São Paulo.

Igualmente, foi muito interessante observar que grande parte dos pacientes foram às consultas acompanhados de familiares, que na maioria das vezes entravam no consultório, mesmo quando não eram atendidos. Também foi muito comum observar que membros da mesma família foram procurar atendimento no ASI no mesmo dia para resolverem seus respectivos problemas de saúde. Algumas vezes, inclusive, todos os membros da família entravam ao mesmo tempo no consultório e eram atendidos um por vez pelo médico. Em entrevista com o Dr. Danilo, ele explica a importância do ASI na sua opinião:

“No SUS temos um conceito que se chama equidade, em que cada um deve ser tratado de acordo com suas necessidades. Acho que esse é um bom princípio para se ter enquanto intervenção estatal na área de saúde. Nesse sentido, a população indígena deve ter especial atenção do Estado, já que é uma população com dificuldade de acesso à saúde, tanto por fatores socioeconômicos, como por características próprias da população. Sendo assim, o ambulatório tem o potencial de impactar de forma positiva essa população, que seria de outra forma desassistida. Outro ponto importante é que a atenção à saúde não é uma ação unilateral em que o profissional de saúde determina uma intervenção e ela magicamente se concretiza.

A intervenção na área de saúde é sempre um diálogo em que o sujeito da ação é o paciente. Neste sentido, a ação estatal na saúde indígena é especialmente difícil já que o diálogo deve ocorrer entre os saberes científicos hoje hegemônicos na área da saúde e os saberes indígenas. Para mim o ambulatório de saúde indígena tem esta função, estabelecer o diálogo”.

Ao perguntar sobre as maiores dificuldades enfrentadas no atendimento de pacientes indígenas, o médico respondeu:

“Existem várias. Eu diria que a principal decorre da dificuldade de acesso que essa população tem em seus locais de origem [...] e a dificuldade própria dos serviços de saúde em realizar alguma intervenção junto a essa população. Digo isso porque enquanto ambulatório de saúde indígena de um hospital terciário, que apesar de eventualmente poder realizar intervenções dentro da comunidade indígena, não estamos no dia-a-dia da comunidade. Dessa forma, é importante que se tenha alguma forma de trabalhar na comunidade em uma lógica de atenção primária. Pra dar um exemplo concreto, algumas semanas atrás atendi uma paciente com hipertensão essencial. Para ter melhor monitoramento do controle da sua pressão arterial solicitei que ela procurasse o serviço de saúde mais próximo para a medida da pressão. Mas ela me explicou que não possuía medidor de pressão em casa e que o serviço de saúde mais próximo era muito longe e ela não conseguiria ir com a frequência necessária”.

Danilo também comentou sobre um conflito que vivenciou durante o atendimento de uma paciente indígena: “não sei se poderia chamar o episódio de conflito, mas durante minha graduação um índio ficou muito irritado ao me surpreender tentando falar com sua mulher doente”. Além disso, o médico falou sobre outra situação marcante que vivenciou em relação à saúde indígena:

“Durante minha graduação na UnB, acompanhamos um índio diabético que desenvolveu doença arterial periférica e que por isso perdeu a circulação de uma de suas pernas. Na época, os médicos responsáveis pelo tratamento indicaram a amputação do membro afetado. O índio não aceitou o procedimento e resolveu voltar para a aldeia. Algum tempo depois, esse índio retornou ao hospital já com infecção generalizada com foco inicial sendo sua perna, mas veio a falecer devido ao quadro”.

Em relação a esse último caso relatado pelo Dr. Danilo, podemos perceber a dificuldade que a medicina encontra em dialogar com outras práticas de saúde e modos de viver. Além disso, há um desconhecimento sobre como se estrutura a saúde indígena e a relação SASI-SUS. O primeiro questionamento a se fazer sobre esse caso é como a rede de saúde local deixou a diabetes de um paciente indígena chegar ao ponto de uma doença arterial periférica. A diabetes é uma doença de fácil controle, que pode ser prevenida e tratada no nível da Atenção Básica. Em relação a isso, Guimarães (2017) relata o caso de Helena, uma indígena Xavante diabética que



também desenvolveu doença arterial periférica no pé. A paciente foi encaminhada para a CASAI-DF e teve seu pé amputado no HUB em janeiro de 2013. A autora relata que casos de diabetes e hipertensão têm sido recorrentes entre os Xavante, que vivenciaram diversas mudanças em suas práticas alimentares devido aos processos de colonização. Guimarães (2017) afirma que os homens da etnia costumavam caçar e as mulheres eram responsáveis por plantar. Sendo assim, ainda segundo a autora, a alimentação desses indígenas era composta principalmente pela ingestão de proteínas. Com o avanço colonial ao Centro-Oeste, a dieta dos Xavante passou a ser composta basicamente pela ingestão de arroz, alimento com alto índice glicêmico.

Nas conversas que Helena e Guimarães (2017) mantiveram, a paciente demonstrava ter consciência do problema de se alimentar de maneira semelhante aos brancos e estava conformada com a necessidade de amputação do membro. Ao retornar para a aldeia após a cirurgia, os profissionais de saúde do local “não se preocupavam em estabelecer qualquer vínculo com Helena e lhe auxiliar no cuidado, passando informações ou medicamentos [...]” (GUIMARÃES, 2017: 153). Entretanto, no caso de doenças crônicas como o diabetes, dever-se-ia manter um cuidado continuado e educar os portadores e famílias a terem autonomia no tratamento. Segundo Guimarães (2017), no caso de Helena as equipes de saúde em área não davam continuidade aos cuidados com a paciente e por isso ela precisou retornar diversas vezes à CASAI-DF, onde constatava-se que ela não estava tomando os medicamentos e tampouco cumprindo a dieta ou recebendo cuidados no local da cirurgia de amputação, o que revela a deficiência da Atenção Básica no estabelecimento de vínculos com os pacientes indígenas, que, segundo Guimarães (2017), muitas vezes estão dispostos a seguirem os tratamentos biomédicos e mesmo assim não recebem a atenção necessária nos territórios indígenas.

Sendo assim, devemos tentar compreender o motivo de a negociação entre a biomedicina e outras epistemologias ser tão complexa, a ponto de não conseguir estabelecer diálogo com um paciente indígena doente, que prefere retornar à sua aldeia em um caso grave de saúde ou, no caso de Helena, que mesmo seguindo os procedimentos médicos indicados, teve complicações no seu quadro diversas vezes devido à falta de atenção de saúde no local. Durante essa seção vimos os quantitativos e algumas características mais gerais em relação ao atendimento de saúde indígena prestado pelo ASI no ano de 2018. Também foram explicitadas

algumas características observadas em campo em relação ao médico do ASI e aos pacientes que foram atendidos por ele. Sendo assim, no capítulo seguinte, pretende-se aprofundar um pouco mais sobre os dados de campo, refletindo-os à luz de algumas teorias importantes para análise sobre o contato entre a biomedicina e as medicinas indígenas nos atendimentos que foram observados no ASI em 2018.

### **CAPÍTULO 3**

#### **A INTERCULTURALIDADE NO ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO INDÍGENA DO DISTRITO FEDERAL**

Nos capítulos anteriores, vimos que o SASI foi criado em 1999 e propõe um modelo de atenção diferenciada baseado na criação de 34 DSEIs, unidades que organizam o fluxo de atenção à saúde indígena. O subsistema visa garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades epidemiológicas e culturais de cada comunidade. Vimos também que o SASI abrange apenas os indígenas que vivem nas TIs oficialmente demarcadas pelo Estado, deixando de fora grupos que vivem em territórios não demarcados oficialmente e indígenas que vivem nas cidades. Sendo assim, esses últimos não possuem uma assistência de saúde diferenciada garantida pelo Estado, tendo que lutar para garantirem seus direitos em relação à saúde.

O DF, apesar de não fazer parte de nenhum DSEI pelo fato de não possuir nenhuma TI oficialmente demarcada pelo Estado, conta com uma CASAI nacional, que pode receber indígenas referenciados de todos os DSEIs do país em casos de MAC. Além disso, como já mencionado, esse ente federativo conta com uma população indígena de aproximadamente seis mil pessoas (IBGE, 2012), que está distribuída em alguns territórios indígenas e nas RAs. Como também já discutido, a população indígena do Santuário dos Pajés, um dos territórios indígenas localizados no DF, recebe uma atenção de saúde diferenciada ofertada pela UBS nº 2 da Asa Norte, unidade de saúde mais próxima do local. Porém, o restante da população indígena do DF, que está espalhada pelas RAs, não possui nenhum atendimento diferenciado garantido pelas UBS locais. Visando atender especialmente essa parte da população indígena do DF, o ASI do HUB passou a ofertar em 2017 um serviço de atenção básica, que ocorre semanalmente no ambulatório.

Na seção passada pude explicitar algumas das características mais marcantes sobre esse serviço de atendimento do ASI e neste capítulo pretendo aprofundar sobre algumas questões e casos que foram observados durante minha pesquisa de campo no ASI em 2018. Falarei especialmente sobre os conflitos observados em campo entre a biomedicina, conhecimento hegemônico na saúde ocidental, e as medicinas indígenas dos pacientes atendidos pelo ASI. Quando o termo “conflito” for utilizado

neste trabalho, não quer dizer que houve necessariamente um embate, briga ou atrito entre o médico e os pacientes. O significado dessa palavra neste trabalho também abrange sinônimos como “contato” e “negociação” entre esses diferentes conhecimentos, que muitas vezes são colocados como completamente opostos e intocáveis. Portanto, veremos neste capítulo como a biomedicina e as medicinas indígenas interagem e são utilizadas de diferentes formas pelos pacientes indígenas atendidos no ASI em 2018.

Tendo feito essa breve recapitulação, cabe dizer que os principais conflitos que observei nas consultas do ASI foram:

- a) Utilização de diferentes vocabulários e termos por parte dos pacientes e do médico do ASI, fator que se apresentou como uma barreira para a comunicação durante algumas consultas;
- b) Problemas ou dificuldades em relação a práticas que tiveram que ser adotadas após algum procedimento ou orientação médica;
- c) Diferentes compreensões acerca de alguns sintomas ou doenças;
- d) Necessidade de rever ou negociar tratamentos propostos pelo médico;
- e) Automedicação e utilização de práticas terapêuticas biomédicas e indígenas simultaneamente;
- f) Demanda dos pacientes para realização de exames ou indicação de certos medicamentos que viram na TV, na internet ou que “um parente indicou”, antes mesmo da examinação do médico. Foi observado que muitos depositaram uma extrema confiança nos exames, ficando insatisfeitos com um diagnóstico feito apenas com análise clínica do médico.

Todos esses conflitos mencionados acima e outros serão aprofundados nas três seções deste capítulo. Sendo assim, na primeira seção, intitulada “Conflitos e dificuldades entre a biomedicina e as medicinas indígenas”, falarei sobre as dificuldades que o paradigma biomédico/científico tem em reconhecer e incorporar outras epistemologias em sua atuação, citando inclusive algumas observações feitas em campo, como dificuldades em relação ao treinamento dos profissionais de saúde e dificuldades enfrentadas pelo ASI em relação ao acolhimento. Na segunda seção, intitulada “Saúde indígena e interculturalidade: o conceito de intermedicalidade”, falarei brevemente sobre o conceito de interculturalidade e aprofundarei a questão das negociações entre médico/paciente observadas em campo, apresentando o

conceito de intermedicalidade e citando também outros casos etnográficos. Por fim, na última seção, intitulada “Constante necessidade de repactuações e diálogos”, falarei sobre a necessidade de constante repactuação e diálogo entre profissionais de saúde e pacientes indígenas, para garantir que o planejamento esteja funcionando e sendo eficaz. Além disso, comentarei sobre a fragilidade que as políticas públicas em relação aos povos indígenas possuem.

## **I. Conflitos e dificuldades entre a biomedicina e as medicinas indígenas**

A biomedicina – e a ciência europeia moderna de um modo geral – atua hoje como conhecimento hegemônico em quase todo o mundo. Assim como Vieira (2019), optarei por utilizar o termo “biomedicina” ou “modelo biomédico”, por acreditar que os termos “medicina científica” e “medicina ocidental” não sejam apropriados. O primeiro termo poderia dar a entender que apenas a medicina europeia moderna seria científica e o segundo poderia ser interpretado de modo a pensar que no Ocidente só existem práticas biomédicas, ignorando diversos outros saberes que também residem nessa localidade. Da mesma forma, opto pelo termo “medicinas indígenas” por acreditar que o termo “medicina tradicional” é inadequado. Primeiro porque esse termo, especialmente quando utilizado no singular, remete à existência de apenas um tipo de conhecimento tradicional. Segundo porque a palavra “tradicional” remete a uma cultura do passado que é estática, sendo que todas as culturas e conhecimentos estão em constantes processos de modificações e ressignificações.

Sendo assim, nesta seção pretendo discutir sobre algumas dificuldades que foram observadas em relação à interação dos conhecimentos biomédicos e indígenas nas consultas que ocorreram no ASI em 2018. A primeira dificuldade que gostaria de relatar diz respeito à diferença dos significados das palavras para os vocabulários biomédicos e indígenas, fator que se apresentou algumas vezes como pequenos impasses para comunicação entre pacientes e o médico do ambulatório. Armando, por exemplo, paciente Pankararu já mencionado, foi acompanhado da filha, que faz Medicina na UnB, para consulta. Os dois entraram no consultório e a filha disse que trouxe seu pai pois havia muito tempo que ele não ia ao médico. Disse que ele tinha que fazer o preventivo e checar um glaucoma que ele tinha no olho. Danilo acatou as demandas e perguntou ao paciente como estava a “visão” dele. Ele falou que já tinha medido a pressão do olho em outros médicos e que estava tudo bem, então a filha o

interrompeu e disse: “ele quis dizer como você tá das vistas, pai”. Então o senhor sorriu e respondeu que estava enxergando bem. Antônio, o senhor Tupinambá também já mencionado anteriormente, solicitou para o médico encaminhamento para o “oculista”, pois estava com dificuldade para enxergar; para o “dentista”, para consertar uma prótese que quebrou; e para o “médico da próstata”, pois queria fazer o preventivo. O médico acatou as demandas do paciente e fez os encaminhamentos. Ao ler as fichas de encaminhamento quando estava saindo do consultório perguntou: “mas doutor, cadê o encaminhamento pro oculista?”. Danilo explica que está ali, mas que chamam o “oculista” de “oftalmologista”.

Marília, paciente Pataxó, queixou-se de dormência nas pernas, dor de cabeça, taquicardia e falta de ar. Além disso, disse que estava com esquecimentos e insônia. Relaciona os sintomas ao fato de estar “gordinha”, mas falou que fez um eletrocardiograma e não deu nenhuma alteração. Danilo sugeriu que ela estava com “ansiedade” e a paciente negou essa possibilidade de imediato. Então ele explicou que a ansiedade varia de pessoa para pessoa e utilizou outros termos como “preocupação” e “nervosismo”. Ele disse que muitas vezes sintomas físicos aparecem em decorrência disso. Ela começou a concordar com o que ele estava dizendo e aceitou o tratamento com ansiolítico. Danilo também passou alguns exames de sangue para paciente fazer e depois me explicou que achava que todos os sintomas eram decorrentes da ansiedade, mas que para a paciente se sentir mais segura e confiante do diagnóstico seria importante pedir exames para que ela continuasse o tratamento confiante. Nesse caso, percebemos como o termo “ansiedade” assustou a paciente, que no primeiro momento negou sentir isso. Segundo Buchillet (2004), é importante

“[...] conhecer as dimensões semânticas embutidas nas terminologias médicas ocidentais ou nativas, ou seja, saber o que elas evocam para as populações locais, quais sentimentos e/ou interpretações estão ligados ao uso de um termo específico, qual será o impacto (social ou psicológico) para o doente ou sua família do emprego de um termo determinado etc.” (BUCHILLET, 2004: 63-64).

Em pesquisa realizada com seu próprio povo, os Puyanawa de Mâncio Lima (AC), Constant (2017) entrevista a AIS mais antiga da aldeia, chamada de Mădaita, que também destaca a importância de falar na linguagem popular do seu povo:

“trabalho a vinte e nove anos aqui na aldeia, e fui contratada no dia 14 de junho de 1986 e pra mim é um prazer. É um prazer muito grande trabalhar com meu povo. Eu sei a linguagem deles,

eu sei como falar com eles. Esse negócio de falar palavras científicas, uns conhecem porque tem professores, tem vereador, tem muita gente assim que sabe, mas na hora da minha visita, do meu trabalho, eu só falo no popular mesmo” (CONSTANT, 2017: 55).

Por sua vez, o idioma se mostrou poucas vezes dificultador para a comunicação entre médico/paciente nas consultas realizadas no ASI à população indígena do DF. Uma das poucas pacientes que demonstraram dificuldade nesse sentido foi uma Guajajara, já citada anteriormente neste trabalho, que pareceu se sentir acuada em expressar sua preferência em relação ao tratamento anticoncepcional. Essa característica muda completamente quando estamos falando sobre indígenas que vêm encaminhados pelos DSEIs. Rosa e Guimarães (2016) discutem sobre a barreira que a língua representa na CASAI-DF. Segundo as autoras, na CASAI-DF

“alguns profissionais estão dispostos a explicar e falar sobre o tempo do tratamento, no entanto, a língua impõe uma barreira que anula a boa vontade dos profissionais. Essa barreira linguística exclui esses sujeitos dos processos de interação e relacionamento interpessoal” (ROSA; GUIMARÃES, 2016: 334).

Em outros casos, também pude observar dificuldades por parte dos pacientes em relação a práticas que tiveram que ser adotadas após algum procedimento ou orientação médica. Maria, uma paciente Tupinambá hipertensa, por exemplo, retornou ao ASI com alguns exames e queixava-se que alguns sintomas da hipertensão, como dor de cabeça e taquicardia, continuavam. O médico perguntou se a paciente havia monitorado sua pressão todos os dias, como havia solicitado. Ela respondeu que não e alegou não ter tempo para ir ao posto de saúde várias vezes ao dia. Danilo compreendeu a situação e então perguntou se ela estava tomando a medicação corretamente e fazendo exercícios físicos. Ela disse que não estava tomando o remédio todos os dias e afirmou: “não gosto de ficar tomando remédio e esqueço muitas vezes”. Também afirmou já fazer tarefas domésticas que exigem esforço físico e disse não entender porque os sintomas ainda persistiam. O médico explica que por mais que façamos esforço durante o dia, mesmo que seja por conta de um trabalho braçal, não é o mesmo que fazer um exercício físico aeróbico, que tem uma intensidade e ritmo diferente. Para solucionar o caso da paciente levando em conta suas críticas, houve necessidade de negociação entre os dois.

Também é importante destacar que existem diferentes compreensões acerca de alguns sintomas ou doenças. Michele, por exemplo, a paciente Karajá citada no capítulo anterior, ao fazer suas queixas ao Dr. Danilo, falava de todos os seus sintomas ao mesmo tempo, como se todos eles estivessem interligados e fizessem parte da mesma doença/origem, ou seja, a paciente tinha uma visão de seus sintomas na totalidade de seu corpo. Enquanto isso, o médico tentava separar os sintomas e queixas da paciente para tentar entender melhor a situação e conseguir diagnosticá-la. Sendo assim, quando Michele estava falando sobre muitos sintomas ao mesmo tempo, Danilo a interrompia e falava sobre cada um deles separadamente, explicando para a paciente que eles não tinham a mesma origem, nem o mesmo tratamento. Portanto, primeiro falaram sobre sua dor no abdômen, que provavelmente se tratava de uma gastrite, depois falaram sobre as cólicas menstruais que ela sentia, que eram suspeita de endometriose, e depois trataram do ressecamento de pele da paciente.

Por sua vez, Célia, paciente Tupinambá, retornou ao ASI queixando-se de surdez e zumbido em um ouvido. Na consulta anterior a paciente havia se queixado de dor forte em um dos ombros, sintoma que estava atrapalhando-a em seu trabalho como cozinheira. Após examinar a paciente e ver alguns exames que ela havia levado, o médico concluiu que a senhora estava com bursite em um dos ombros. Sendo assim, na consulta seguinte, Célia afirmou que não sentia dor no ouvido, mas sentia tonturas e dores de cabeça, principalmente quando estava em um lugar muito cheio: “quando estou em um lugar com muita gente parece que me dá uma coisa na cabeça, uma agonia”. Danilo fez alguns exames clínicos de equilíbrio no consultório e constatou que não era labirintite. A paciente então sugeriu ao médico que o problema do seu ombro “passou para o ouvido”. Entretanto, Danilo comentou que seria pouco provável que isso ocorresse e solicitou alguns exames para Célia.

Buchillet (2004) também nos fala sobre como fatores “extra-médicos” influenciam no diagnóstico e na avaliação de uma doença para os indígenas: “[...] os índios associam eventos de diferentes ordens que comumente são dissociados pela medicina ocidental” (BUCHILLET, 2004: 62). É o caso da paciente Kalapalo, Renata, que relaciona suas recorrentes infecções urinárias com o fato dela ter feito xixi na cama quando era criança e não ter “cuidado disso”. Também, no caso de Ian, o jovem Kariri-Xocó que provavelmente estava num quadro esquizofrênico, sua mãe questionou a possibilidade do problema do seu filho ser de ordem espiritual, não



obtendo respostas ou comentários do médico sobre a hipótese. Nesse sentido, Foucault nos fala em seu clássico livro “O nascimento da clínica” (1977) sobre o surgimento da medicina moderna, que, a partir do início do século XIX, passou a ser considerada científica. Após a Revolução Francesa, a medicina passou a estudar as doenças a partir da manifestação destas no corpo humano, ou seja, a observação guiada pelo olhar, sentido soberano para ciência moderna, passou a ser essencial para análise clínica. Sendo assim, o que o autor chama de “método anátomo-clínico” passou a constituir a medicina positiva, que desprende a doença da metafísica e da religião. A medicina moderna e positiva passou então a ser uma medicina “que se dá como ciência do indivíduo” (FOUCAULT, 1977: 227) e que compreende a finitude do ser humano com a morte. No entanto, como destaca Tempesta (2010) “de modo geral, os povos indígenas na América do Sul apresentam concepções complexas sobre pessoa, corporalidade, doença, saúde e morte, as quais dificilmente encontram correspondentes no campo da medicina ocidental” (TEMPESTA, 2010: 129). indígena. Langdon (2005), nesse mesmo sentido, afirma que

“a medicina indígena concebe saúde e cura de uma maneira radicalmente diferente da biomedicina. Enquanto a biomedicina tende a limitar suas noções de doença e cura aos processos biológicos verificáveis através da observação concreta, a medicina indígena busca uma compreensão maior. Na sua visão, o processo saúde/doença faz parte da ordem cosmológica e abarca as forças invisíveis, as forças da natureza e as forças humanas” (LANGDON, 2005: 124).

Essas diferentes concepções de mundo, uma centrada apenas nos fenômenos que são fisicamente observáveis e outra compreendendo esses fenômenos de maneira mais holística e total, muitas vezes são objetos de conflitos nos consultórios médicos, ainda mais considerando que a biomedicina e a ciência no geral são hegemônicas em nossa sociedade e costumam deslegitimar outros saberes e práticas. Portanto, os conhecimentos médicos indígenas, ao entrarem em contato com a medicina reconhecida como científica, se inserem em um campo de forças políticas conflituoso. Considerando esses conflitos, os estudos sociais sobre ciência e tecnologia tentam conceituar o que é ciência, quem deve ou não deve produzi-la e até que ponto ela deve estar inserida nas decisões públicas. Esses estudos são divididos em três ondas e acredito ser interessante citá-las brevemente para situar como a ciência tem se posicionado em relação a outros conhecimentos. A Primeira Onda, conhecida como Era da Autoridade, permeou as décadas de 1950 e 1960 e seus

autores reforçavam o sucesso da ciência sem questionar sua base. Sendo assim, “tanto para os cientistas sociais quanto para o público em geral, uma boa formação científica garantia a uma pessoa falar com autoridade sobre a sua área [...]” (LEITE; FERRAZ; ROTHBERG, 2011: 32).

A partir da década de 1970, porém, surge a Segunda Onda, que ficou conhecida como Era da Democracia. Nesse período, a ciência foi reconceituada como uma atividade de cunho social. Sendo assim, os estudos passaram a discutir sobre o rótulo e o status do expert na sociedade. O modelo de expertise leiga, uma das teorias que surgiram nessa época, assume que o conhecimento leigo é tão importante para a solução de um problema quanto o conhecimento científico. Este modelo foi utilizado para a realização de alguns estudos de caso, sendo um deles estudos sobre conhecimentos indígenas no tratamento de doenças. Sobre esse assunto específico, Manuela Carneiro da Cunha (2007) afirma que existem farmacólogos até os dias de hoje que

“[...] argumentam que os conhecimentos tradicionais em nada contribuem para o ‘progresso da ciência’ porque a atividade que eles apontam, os seus usos tradicionais, não coincide necessariamente com a atividade que a ciência descobre” (CUNHA, 2007: 80).

No modelo de expertise leiga se encaixa o livro de Collins e Pinch, intitulado “O Golem à solta: o que você deveria saber sobre tecnologia” (2008), no qual os autores descrevem, em cada capítulo, um caso sobre a ciência em interação com algum público considerado leigo. No sétimo capítulo do livro, os autores narram o caso da relação entre os ativistas gays soropositivos do grupo *Act Up* e os médicos que tentavam descobrir a cura e tratamento da AIDS na década de 1980, em São Francisco e Nova Iorque (EUA). Houve uma relação construtiva entre o grupo de leigos e os experts cientistas, visando o desenvolvimento científico para propor soluções à doença. Os gays, que tinham conquistado há pouco tempo seu espaço na sociedade, poderiam ser estigmatizados novamente com a AIDS, doença considerada por muitos como um castigo divino para a homossexualidade. Para que isso não ocorresse, o grupo se reuniu em espaços políticos fortes e influentes para aprender o que os cientistas estudavam, apesar de terem grande desconfiança em relação à ciência, que rotulou por muito tempo a homossexualidade como doença. Em pouco tempo, eles também se tornaram experts no assunto, criaram meios de comunicação para explicar as novas descobertas sobre a doença para os leigos e exerceram

fortíssima influência nas decisões político-científicas sobre a AIDS. Conseguiram legitimidade e credibilidade ao aprenderem a linguagem e os métodos científicos, podendo opinar de igual para igual, participando de conferências e exercendo pressão para as decisões sobre ética e medicalização.

Apesar de, no fim, a relação entre os ativistas do *Act Up* e os cientistas empenhados na descoberta de uma cura para a AIDS, ter sido positiva, fica claro o poder que a ciência tem em delegar quem deve ou não participar das decisões científicas, aspecto não desenvolvido pelos autores nesta obra. Fazendo uma metáfora com o caso citado acima, vimos que o movimento indígena no Brasil também lutou muito para conseguir aprovar o SASI e a participação indígena na política pública de saúde, que se concretizou especialmente com a criação do cargo dos AIS, profissionais indígenas que são responsáveis por ser um elo de comunicação entre os conhecimentos indígenas e biomédicos. Os autores então concluem que

"a ciência não é algo que apenas cientistas qualificados podem fazer. As pessoas leigas podem não apenas adquirir a expertise como também, em alguns casos, podem conferir a essa expertise o respeito que ela merece. Tratar a ciência e a tecnologia como formas de expertise, semelhantes em princípio a outras formas de expertise, abre portas para se compreender como esta expertise leiga é possível" (COLLINS; PINCH, 2008: 207).

A partir do momento que a ciência e o modelo biomédico tiveram que passar a enxergar seus limites e contradições, podemos compreender melhor que os processos e conceitos de saúde e doença são permeados de características e construções sociais. Lévi-Strauss nos fala desse fenômeno em seu clássico texto "A eficácia simbólica" (2017) onde, traçando uma comparação entre a cura xamânica e a psicanálise, explica o processo pelo qual se faz possível a cura de enfermidades através do compartilhamento pelo sujeito do universo linguístico, simbólico e mitológico do terapeuta, que é capaz, então, de oferecer a ele uma linguagem que reorganiza seu processo de adoecimento. Uma terapêutica é capaz de tratar ou curar, então, na medida em que converge com os sistemas simbólicos do sujeito com o qual pretende atuar. Langdon (2005) também afirma que

"a doença não é concebida como um conjunto de sintomas físicos universais que se manifestam igualmente em qualquer contexto; ela é um processo subjetivo em que a experiência corporal é mediada pelo contexto no qual o processo de adoecer, tratar e avaliar o tratamento é negociado entre os atores" (LANGDON, 2005: 122).

Por fim, a muito recente Terceira Onda dos estudos sociais sobre ciência e tecnologia, conhecida como a Era da Expertise, visa restabelecer a divisão entre especialistas e não-especialistas, tendo como objetivo discutir sobre o processo de tomada de decisões que envolvem a ciência. A obra “Repensando a Expertise”, de Collins e Evans (2009) faz parte dessa onda e defende uma visão realista de que a expertise de fato é uma posse real de alguns grupos. Segundo os autores, os indivíduos podem adquirir expertise em determinado assunto pela associação à grupos que já são considerados experts, lembrando que o termo “experts” para eles inclui qualquer grupo que possua conhecimento e técnica sobre determinado tema. Uma das formas de se tornar expert em determinado assunto seria por meio da “expertise por interação”, que é o caso dos ativistas do *Act Up*, que aprenderam a falar sobre biomedicina fazendo leituras sobre o assunto e interagindo com os biomédicos.

Durante a observação das consultas realizadas no ASI, pude perceber que alguns pacientes indígenas dominavam a discussão sobre suas respectivas doenças, exemplos de expertise adquirida por interação. O caso mais marcante nesse sentido foi de um paciente Fulni-ô, Marcos, que chegou irritado na consulta afirmando que possuía uma doença crônica, que havia manifestado seus primeiros sintomas há mais ou menos dez anos, em um de seus joelhos. Segundo ele, seu joelho inchou muito, deu febre e os médicos tiveram que fazer uma drenagem linfática na região. Em uma consulta de emergência num hospital de Brasília, um reumatologista o diagnosticou com espondilite anquilosante, uma doença inflamatória crônica e incurável até o momento, que ataca especialmente as articulações da coluna, ombros, quadris e joelhos e, a longo prazo, pode deixar a pessoa sem movimentos. “Na época não dei muita bola, mas agora as crises são menos espaçadas e mais fortes”, diz Marcos.

O paciente solicitou para o Dr. Danilo encaminhamento para o reumatologista e também para o gastro, pois estava tendo muita dor no estômago por conta dos remédios que tomava. Também pediu, em tom autoritário, para que Danilo solicitasse os mesmos exames que o antigo médico solicitou. Além disso, também queria fazer uma ressonância magnética e um exame de sangue para checar seu colesterol, com o objetivo de acompanhar sua arritmia e peso. Danilo então o interrompeu e pediu para o paciente esperar um pouco, pois ele ia examiná-lo e depois fazer os pedidos necessários. Fez vários testes físicos com o paciente, confirmando vários sintomas da doença. Depois da exameção do médico, o paciente ficou mais calmo e menos

agressivo, acredito que porque viu que o Danilo conhecia bem a sua doença. Disse que uma vez foi ao posto de saúde e “o ortopedista de lá não sabia nada sobre minha doença”. Danilo então solicitou apenas os exames necessários e o encaminhou para o reumatologista, não cedendo a todas as vontades do paciente, que esperava que o médico não iria conhecer sua doença.

Além dessas dificuldades observadas nas consultas médicas em si, existem outras que também influenciam na relação conflituosa entre a biomedicina e as medicinas indígenas. Uma delas é a falta de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde em relação ao atendimento de saúde aos povos indígenas, que gerou no ASI certas dificuldades em relação ao acolhimento. Durante reunião realizada no ambulatório em setembro de 2018, percebemos que os acolhimentos dos pacientes encaminhados pela CASAI-DF não estavam sendo feitos corretamente. Isso gerou muito choque e indignação, especialmente por parte dos professores, pois uma das principais funções do ASI não estava sendo cumprida corretamente. Quando questionada sobre a questão, a profissional responsável por realizar os acolhimentos falou que os próprios indígenas não queriam responder à ficha de acolhimento, pois achavam ela repetitiva e cansativa. O acolhimento do ASI, porém, foi pensado justamente para que os indígenas recebessem um atendimento de saúde harmonioso e completo, sendo planejado inclusive por conta da demanda dos próprios estudantes indígenas da UnB. O que foi discutido em grupo a partir daí foi que, muitas vezes, a incorporação de procedimentos como esse pela equipe de médicos, enfermeiros e outros profissionais pode ser difícil e por isso existe a necessidade de repactuação e atualização entre a equipe, para garantir que o ASI esteja fazendo um trabalho realmente eficaz. É necessário também que os profissionais de saúde realmente entendam a importância e o significado de um acolhimento, para que este não seja cristalizado em uma ficha de perguntas. Nas reuniões seguintes, essa questão foi retomada, até os acolhimentos conseguirem voltar a exercer sua função.

Considerando os problemas expostos acima acerca da relação entre a biomedicina e as medicinas indígenas, pretendo na seção seguinte abordar os pontos de negociação e interação entre esses dois conhecimentos. Portanto, serão discutidas e aprofundadas situações observadas nas consultas do ASI como: necessidade de negociação acerca dos tratamentos propostos pelo médico; automedicação e utilização de práticas terapêuticas biomédicas e indígenas simultaneamente; e, por

fim, a demanda dos pacientes para realização de exames ou indicação de certos medicamentos que viram na TV, na internet ou que “um parente indicou”, antes mesmo da examinação do médico. Além disso, conceitos como interculturalidade e intermedicalidade serão apresentados e relacionados com as observações feitas em campo.

## **II. Saúde indígena e interculturalidade: o conceito de intermedicalidade**

Quando estamos falando sobre atenção de saúde direcionada aos povos indígenas, estamos falando necessariamente de interculturalidade, pois se trata de um encontro entre duas tradições epistemológicas e ontológicas opostas, que buscam solucionar um problema por meio do estabelecimento de uma interação. Porém, é importante lembrar que essa interação não se dá de forma igualitária, pois os conhecimentos biomédicos e científicos na nossa sociedade são hegemônicos e exercem uma forte influência política sobre outros tipos de conhecimento. Sendo assim, é importante destacar que desde o início da colonização europeia no Brasil, a interculturalidade passou a ser caracterizada por relações de poder e dominação.

Os contatos entre europeus e indígenas foram permeados por epidemias, que dizimaram, desestruturaram e fragilizaram diversos grupos indígenas. Ao se depararem com doenças estrangeiras, que eram completamente desconhecidas pelos seus corpos e cosmologias, muitos indígenas passaram a recorrer ao sistema de cura dos brancos. Além disso, as práticas xamânicas de cura foram proibidas e desestimuladas pelos europeus, que conferiam eficácia apenas aos seus métodos e crenças. Segundo Constant (2017), as práticas culturais dos Puyanawa, por exemplo, foram completamente proibidas durante o governo do coronel Mâncio Lima, que explorava a mão-de-obra indígena para extração de látex das seringueiras. Em entrevista com Mădaita, uma AIS Puyanawa, o autor pôde constatar que doenças como diabetes, hipertensão ou DSTs não existiam antes do contato mais intensificado com a cultura dos brancos. Segundo Mădaita, a população costumava comer mais alimentos assados do que fritos e relaciona o crescimento de casos de diabetes, hipertensão e colesterol alto ao aumento da ingestão de alimentos com mais gordura, carboidrato e sódio. Segundo Constant, “[...] todas essas enfermidades são fruto da dominação e das sequelas deixadas por Mâncio Lima, pois nosso povo tinha nossos próprios métodos de se tratar e fazer as curas necessárias nos doentes” (CONSTANT,

2017: 63). Francisco Apurinã (2017), também relata as consequências que seu povo sofreu após contato com os brancos:

“de um tempo para cá, a forte pressão colonizadora atrelada aos inúmeros impactos sociais, ambientais e culturais tem causado sérias mudanças no modo de vida do povo Apurinã, implicando inclusive no enfraquecimento das práticas xamânicas” (APURINÃ, 2017: 08).

Entretanto, recentemente, juntamente com os processos de reemergência étnica de alguns povos, diversos grupos indígenas também passaram a resgatar e ressignificar suas crenças tradicionais. Constant relembra do processo de libertação dos Puyanawa após a morte do coronel Mâncio Lima: “nossa liberdade significou a volta da nossa língua materna, a volta das nossas bebidas e medicinas tradicionais, a volta da nossa identidade Puyanawa” (CONSTANT, 2017: 95). Porém, é importante destacar que o resgate das práticas de cura e a visão mais ampla dos processos de saúde e doença por parte dos povos indígenas não querem dizer que as culturas indígenas apresentam obstáculos para a percepção da eficácia dos tratamentos biomédicos. Também é importante destacar que cada povo utiliza as práticas biomédicas de cura para seus próprios fins e objetivos (LANGDON, 2005).

Constant (2017) entrevista o pajé Puyanawa, Puwê, que afirma que a “medicina científica” está matando muita gente. Segundo o pajé, essa medicina é necessária em alguns casos, mas a população deve tomar cuidado com

“essas coisas que estão vindo de fora, porque se isso fosse bom, o povo brasileiro e no mundo inteiro não estavam morrendo como estão se envenenando. Não vou dizer que quem estudou as medicinas científicas, estejam errada. Apenas estou dizendo que temos que ter um respeito por aquela medicina tradicional que também cura. Nós temos várias pessoas aqui doentes que dizem que estão com hérnia de disco, a gente consegue curar através dos nossos assopros, através dos nossos espíritos” (CONSTANT, 2017: 93).

O pajé também afirma que, para limpar o corpo dos “remédios químicos”, do açúcar e do óleo, é necessário tomar os remédios tradicionais, como a vacina do kampu e as garrafadas feitas de casca de jatobá e copaíba.

As medicinas indígenas e a biomedicina são frequentemente colocadas como práticas insolúveis uma à outra. Em roda de conversa realizada em um mutirão de saúde ao Santuário dos Pajés, por exemplo, pude observar que a maioria dos profissionais de saúde elencou “a diferença cultural” como principal motivo para necessidade do estabelecimento uma política específica de saúde aos povos indígenas. Segundo os profissionais de saúde, os indígenas cuidam da saúde com

“práticas tradicionais de cura”, que são completamente opostas à visão biomédica e científica de saúde e doença. Ainda segundo os profissionais, os indígenas recorrem às práticas biomédicas em último caso e, quando isso ocorre, eles podem vivenciar conflitos e problemas no atendimento devido às diferenças culturais. Essa visão dos profissionais de saúde entende a cultura como um modelo estático de organização de um povo. Entretanto, já vimos que as culturas indígenas tiveram que passar por processos de ressignificação de suas práticas de cura, que durante a colonização foram proibidas ou até mesmo perderam seu significado, levando em conta as graves epidemias que assolaram a maioria dos povos indígenas no Brasil.

De fato, vistas separadamente, as medicinas indígenas e a biomedicina são opostas, pois compreendem a doença e a saúde em diferentes planos ontológicos e epistemológicos, mas isso não significa que elas são incompatíveis na escolha de um itinerário terapêutico. Segundo Langdon (2005), a escolha de uma terapia depende do andamento da doença, de suas causas e das experiências individuais e grupais em relação às alternativas de tratamento. A autora também afirma que é importante considerar fatores que não são estritamente de ordem cultural, tais como tempo ou distância do tratamento, custos econômicos e conflitos e alianças na sociedade. Langdon (2005) ainda afirma que, no geral, quando os serviços da biomedicina são acessíveis, eles fazem parte do itinerário terapêutico dos indígenas e a rejeição plena do modelo biomédico é rara.

Em pesquisa realizada com os Wapichana e Macuxi da aldeia Pium, localizada em Roraima, por exemplo, Tempesta (2010) destaca que nas consultas realizadas no pequeno posto de saúde da aldeia, os médicos proferiam diagnósticos com base em duas ou três perguntas genéricas, fator que, segundo a autora, exprime o abismo entre as cosmologias biomédicas e indígenas em contato. A autora observou em sua pesquisa que, após a retirada dos profissionais de saúde da aldeia, um cenário de ressignificações culturais evidenciava-se. Os diagnósticos proferidos pelos médicos eram “debatidos com parentes, questionados e inseridos no sistema local de cura, combinados a remédios tradicionais, sessões de reza e xamanismo [...]” (TEMPESTA, 2010: 129). A autora ainda nos conta que os remédios fármacos também eram ressignificados e uma pomada indicada para problemas ginecológicos, por exemplo, também era utilizada para curar feridas na pele por conta da sensação gelada do medicamento. Outra prática indígena comum relatada por Tempesta (2010) era a



ingestão de vermífugos até provocar vômito nas pessoas, pois acreditava-se que assim a doença seria expulsa do corpo do doente, “procedimento que condiz com as ideias indígenas sobre expulsão do agente etiológico do corpo da vítima de feitiçaria” (*ibidem*: 130). Ao retornarem à aldeia, os profissionais de saúde ignoravam as formas de utilização dos remédios farmacêuticos receitados e, por isso, não compreendiam os resultados dos tratamentos.

Pires, Neves e Fialho (2016), em pesquisa realizada com os Xukuru do Ororubá (PE), também observaram que os indígenas da região compartilham das práticas e da linguagem utilizada pelos profissionais de saúde não indígenas. Além disso, segundo as autoras, os indígenas Xukuru têm adquirido formações na área biomédica, de forma que alguns técnicos e auxiliares em enfermagem são indígenas. Seu Dedé, curador tradicional entrevistado em 2010 pelas autoras, afirmou que desde que a assistência à saúde passou a ser coordenada pela FUNASA muitos indígenas passaram a usar mais remédios farmacêuticos, pois o alívio proveniente do uso desses medicamentos é mais rápido. O curador tradicional também afirmou que, apesar desse fato, o povo não deixou de usar o “remédio do mato”, ou seja, utilizam os dois tipos de medicamentos. Nesse sentido, um AIS Xukuru destaca que muitas pessoas fazem o uso de plantas medicinais e remédios caseiros antes de procurar o médico e destaca a importância dos indígenas mais velhos na sociedade, pois eles conhecem e sabem falar sobre a cura tradicional de seu povo.

Outro exemplo pôde ser observado durante minha pesquisa de campo, numa reunião que estava ocorrendo no ASI em 2018. Durante a reunião, uma paciente indígena Kamayurá, encaminhada pelo DSEI Xingu, foi realizar acolhimento no ambulatório. Ela apresentava um quadro de atrofia muscular e tinha que fazer acompanhamento trimestral no DF, no Hospital Sarah Kubitschek e no HUB. A paciente estava sendo acompanhada por sua sobrinha, que inclusive é uma AIS da aldeia. Após algumas perguntas iniciais sobre o trajeto e a estadia das duas na CASAI-DF, começamos a conversar sobre as práticas de cura Kamayurá e a acompanhante da paciente afirmou que na aldeia delas havia um pajé, que costumava curar com a fumaça do cachimbo, raizeiras, parteiras e curandeiras. Ela nos explicou também que primeiro o pajé tentava curar com os assopros e quando o tratamento xamânico não

era suficiente ele “liberava” as pessoas para irem ao médico, que na aldeia, segundo ela, eram majoritariamente médicos cubanos do Programa Mais Médicos<sup>31</sup>.

Muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde, acreditam que pelo fato de os indígenas terem acesso e utilizarem serviços de saúde e práticas biomédicas para o tratamento de suas doenças, eles estariam “perdendo sua cultura”. Essa análise é muito rasa e deixa de enxergar a dinâmica dos processos culturais indígenas, que, como já vimos, passaram a misturar práticas tidas como tradicionais de cada povo e práticas hegemônicas de saúde, que são utilizadas segundo a compreensão de cada caso e cultura. Marshall Sahlins, antropólogo estadunidense, em seu clássico ensaio “O ‘pessimismo sentimental’ e a Experiência Etnográfica: porque a cultura não é um ‘objeto’ em via de extinção” (1997), destaca que a cultura não tem a menor possibilidade de desaparecer enquanto objeto de estudo da antropologia. Segundo o autor, o conceito de cultura compreende “a organização da experiência e da ação humanas por meios simbólicos” (SAHLINS, 1997: 41).

Sahlins (1997) afirma que os vários povos “primitivos” do planeta têm contraposto conscientemente suas culturas às forças do imperialismo ocidental que os vêm afligindo há tanto tempo. Portanto, o autor chama essa “nostalgia antropológica”, de pensar que esses povos estão morrendo e perdendo sua cultura originária, de “pessimismo sentimental”. Destaca que as sociedades “primitivas” estarão sempre “desaparecendo”, pois elas incorporam o sistema mundial ao seu próprio sistema de mundo. Portanto, as culturas supostamente em desaparecimento estão muito presentes, ativas e vibrantes, reinventando seu passado, subvertendo seu próprio exotismo e transformando a antropologia tão repudiada pela crítica pós-moderna em algo favorável a elas. Segundo o autor, a crítica pós-moderna à etnografia tem certa pertinência, mas seu corolário não representa o fim da “cultura”. Segundo o autor, em lugar de celebrar (ou lamentar) a morte da “cultura”, a antropologia deveria aproveitar a oportunidade para se renovar, descobrindo padrões inéditos de cultura humana.

---

<sup>31</sup> “O Programa Mais Médicos é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS, além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais”. Para mais informações sobre o programa, acesse o link: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 11 ago. 2019.

Sendo assim, o autor cria uma saída metodológica chamada "indigenização da modernidade", o que não deve ser confundido com um "otimismo sentimental", que ignoraria a agonia de povos inteiros. Esta seria uma interpretação de que as culturas "tradicionais" não desaparecem por aculturação e sim que elas se reinventam e criam outras dinâmicas. Segundo Sahlins (1997), numerosos estudos etnográficos mais recentes descrevem a utilização das mercadorias e das relações estrangeiras no desenvolvimento das culturas indígenas. Existem muitas formas novas de vida translocais e multiculturais desconhecidas por uma antropologia demasiadamente tradicional. Proponho analisar a mistura de práticas biomédicas e tradicionais por parte dos povos indígenas como uma forma de indigenização da modernidade.

Follér (2004), no mesmo sentido que Sahlins (1997), em pesquisa desenvolvida com os Shipibo-Conibo (Peru), lança um conceito que reflete sobre a questão do surgimento de práticas híbridas de cura entre os povos indígenas da América do Sul. A autora afirma que, não desejando cair na armadilha de uma dicotomia simplificada, gostaria de investigar o encontro entre profissionais de saúde e povos indígenas a partir do conceito de "intermedicalidade". Esta seria "a zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas [...]" (FOLLÉR, 2004: 109). Na análise da autora foi enfatizado o fato de que os povos da Amazônia dispõem de conhecimentos que o modelo biomédico considera destituídos de agência, ou seja, os conhecimentos médicos indígenas têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos. Follér (2004) também destaca que nas zonas de contato entre esses dois conhecimentos há uma assimetria política com caráter colonizador, onde o direito preferencial de interpretação e o direito de decidir qual o conhecimento deve ser valorizado está nas mãos da ciência biomédica. A prevalência e hegemonia do modelo biomédico não podem ser explicados apenas por argumentos como a eficácia terapêutica ou tecnologia superior da biomedicina, precisamos levar em consideração fatores ideológicos e políticos.

A autora afirma que os produtos biomédicos são usados em novos contextos culturais que não os europeus:

"já vi diversas vezes xamãs Shipibo-Conibo acrescentarem comprimidos de aspirina aos remédios caseiros elaborados com plantas medicinais. A motivação do xamã é de que tal ação torne a cura mais potente" (*ibidem*: 111).

A inclusão da aspirina na tradição médica Shipibo-Conibo representa a possibilidade da simultaneidade de diferentes modos de vida, ou seja, visões de mundo e práticas de diferentes tradições estão inseridas em um processo de interação. Em razão dessa “simultaneidade de tradições epistemológicas diferentes, os povos indígenas incorporam artefatos e idéias de terras longínquas, exercendo agência social e construindo algo novo” (*idibem*: 111). Sendo assim, no espaço intermédico também são criadas formas de resistência ao conhecimento hegemônico, onde membros dos povos indígenas selecionam e inventam soluções a partir dos conhecimentos biomédicos, que são incluídos nas medicinas indígenas porque as fortalecem.

Ao contrário do que comumente pensam sobre os povos indígenas que vivem em contextos urbanos, certas práticas de saúde não-biomédicas são extremamente utilizadas. Nas consultas do ASI destinadas à população indígena do DF, por exemplo, pude observar diversos contextos intermédicos, sendo necessária inclusive a negociação dos tratamentos propostos pelo médico. No caso já citado da paciente Tupinambá hipertensa, Maria, por exemplo, houve necessidade de negociação. A paciente não conferia sentido à necessidade de aferir sua pressão todos os dias no posto de saúde, assim como não compreendia o motivo pelo qual a prática de um exercício físico aeróbico não poderia ser substituído pelas suas atividades domésticas diárias. Sendo assim, Dr. Danilo negociou com a paciente: “sei que é chato ir todos os dias ao posto de saúde, mas pensa que é só por um período e que o posto é pertinho da casa da senhora, só pra gente monitorar sua pressão. E você ainda aproveita e caminha durante o dia. Você vai ver que vai valer a pena e que a senhora vai se sentir muito melhor fazendo isso e tomando o remédio certinho. Coloca um alarme pra senhora lembrar. Faz isso e depois retorna aqui, tá bom? Se não melhorar eu prometo que vamos buscar outra solução, mas primeiro temos que tentar essa”.

A automedicação, assim como a utilização de práticas terapêuticas biomédicas e indígenas simultaneamente também puderam ser observadas. Paulo, o senhor Terena já mencionado, foi se consultar um dia pois estava muito gripado, com tosse, coriza e dor de garganta desde a semana anterior à consulta. Afirmou ter ido à farmácia e pedido um antibiótico ao farmacêutico, que o vendeu azitromicina. Além disso, ele afirmou que fez muito xarope de copaíba para tomar, mas mesmo assim não melhorou. Após examinar o paciente, Danilo constatou que era uma gripe e orientou o paciente que ele tinha que esperar passar. Para aliviar os sintomas, ele

receitou um spray nasal para a coriza e anti-inflamatório caso a garganta o incomodasse muito. Explica para o paciente que por se tratar de uma doença causada por vírus, o antibiótico de nada adiantaria e recomendou que ele não se automedicasse mais. Marília, paciente Pataxó, reclama que tem intestino muito preso e “metabolismo lento”. Afirmou que faz chás com folhas que fazem bem pra barriga, porque não gosta de tomar laxante.

A mãe de Bento, uma criança Pataxó de sete anos, afirmou estar preocupada com a alimentação e falta de apetite de seu filho, sugerindo que ele estava doente. Mesmo com Danilo examinando-o e falando que ele não tinha nenhuma deficiência ou doença, a mãe afirmou na consulta seguinte que medicou o garoto com vermífugo, mas que o remédio só adiantou por duas semanas, pois o apetite de seu filho voltou a ficar ruim depois desse prazo. Renata, paciente Kalapalo já mencionada, chegou ao consultório do ASI com um quadro de infecção urinária e relatou ter se automedicado com um antibiótico e passado mal depois disso. Algumas semanas depois, por indicação de um farmacêutico, tomou outro antibiótico, pois ainda sentia dor, mas mesmo assim os sintomas não passaram completamente. Sendo assim, Danilo receitou o antibiótico mais apropriado, com a posologia correta para o caso dela.

A alta frequência de automedicação também pôde ser observada por Langdon (2005), que afirma que entre os Siona e Sibundoy da Colômbia, a escolha e o uso de medicamentos são quase sempre baseados nas recomendações de membros da família, dos vizinhos ou dos balconistas da farmácia. Um índio Sibundoy registrava observações sobre a eficácia dos medicamentos farmacêuticos e “sua escolha era baseada na propaganda das companhias farmacêuticas, onde se listavam os sintomas que o produto deveria curar” (LANGDON, 2005: 127). A prática corrente do autodiagnóstico foi destacada por Buchillet (2004), que afirma que o doente indígena, com a ajuda eventual de membros de sua família ou da comunidade, assume parte das tarefas atribuídas ao médico na sociedade ocidental. Em numerosos casos, os indígenas procuram

“um medicamento específico no posto de saúde, tendo já escolhido o remédio que pensavam necessitar conforme o do autodiagnóstico feito no surgimento sintomas ou no curso da doença, sem se deixar auscultar pelo médico” (BUCHILLET, 2004: 63).

Foi comum observar também pacientes indígenas demandando para o médico a indicação de certos exames ou medicamentos que viram na TV, na internet ou que

“um parente recomendou”, antes mesmo de qualquer exame do médico. Igualmente, foi observado que muitos depositaram uma extrema confiança nos exames laboratoriais, ficando insatisfeitos com um diagnóstico feito apenas com análise clínica do médico. No caso recém citado do menino de sete anos, Bento, sua mãe não se convenceu do diagnóstico do médico, que afirmou que a falta de apetite da criança era normal e necessitava apenas de uma introdução alimentar cautelosa. Levando em conta a insistência da mãe em relação à hipótese de que seu filho estava com alguma doença, Danilo fez um pedido de exame de sangue para tranquilizá-la. A paciente Karajá, Michele, queria que o médico receitasse para ela um remédio que havia tomado durante muitos anos para seu incômodo no abdômen. Ao verificar o nome do remédio, Danilo afirmou que não iria receitar, pois ele não era apropriado para utilizar por tempo prolongado. Lorena, jovem Pataxó, queixou-se de enjoo e dores no abdômen na consulta, além de estar gripada. Segundo ela, a parte branca de seu olho estava amarelada e isso a preocupava. O médico a examinou e não constatou nenhum problema ou modificação na coloração do olho. Sugeriu que ela estava com uma gastroenterite viral e que iria passar rápido se ela se mantivesse bem hidratada e alimentada. Porém, a paciente insiste na possibilidade de estar com icterícia por conta dos supostos olhos amarelados, pois havia visto na TV algo sobre a doença. Para deixar a paciente mais confiante, o médico do ASI solicitou exames de sangue para verificar a possibilidade de icterícia ou hepatite. Nina, uma recém-nascida de um mês e 22 dias foi levada ao ASI pois seu pai estava incomodado com uma pequena verruga que a neném possuía na bochecha. O médico examinou e disse que era uma verruga benigna, que não necessitava ser retirada no momento, especialmente porque a paciente era muito nova e ainda não tinha tomado todas as vacinas. O pai não ficou satisfeito com posição do médico e insistiu na retirada da verruga, mas a mãe concordou com a opinião de Danilo e eles então encerraram a consulta.

Nesta seção, foi possível conhecer um pouco mais sobre os processos interculturais na saúde indígena. Nesse sentido, Walsh (2010) destaca que existem três tipos de interculturalidade presentes na América Latina. A primeira é chamada de “interculturalidade relacional” e diz respeito a um posicionamento que afirma que a interculturalidade é uma simples troca que ocorre entre culturas, pessoas, práticas, saberes, valores e tradições. Porém, essa perspectiva oculta ou minimiza as relações de poder, dominação e colonialidade que estiveram e ainda estão envolvidas nas

trocas culturais. O segundo tipo de interculturalidade citado por Walsh (2010) diz respeito à “interculturalidade funcional”, perspectiva que reconhece a diversidade cultural e visa, por meio da convivência, tolerância e diálogo, incluir essa diversidade nas estruturas sociais vigentes. Essa perspectiva, portanto, não discute sobre as causas e origens das assimetrias sociais e é completamente compatível com o sistema neoliberal existente. O terceiro tipo de interculturalidade é chamado de “interculturalidade crítica”, perspectiva criada e defendida pela autora. Essa teoria afirma que as estruturas coloniais, capitalistas e racistas são um problema para a coexistência entre diferentes culturas. Para Walsh (2010), as relações de poder, desigualdade e colonialidade devem ser rompidas de baixo para cima, com a transformação das estruturas, instituições e relações sociais para que, a partir daí, sejam construídas novas formas de estar, ser, pensar, conhecer, aprender, sentir e viver. Sendo assim, na seção seguinte pretendo discutir sobre a constante necessidade de repactuações e diálogos para construção de uma atenção à saúde criticamente intercultural.

### **III. Constante necessidade de repactuações e diálogos**

O estabelecimento de uma interculturalidade crítica na saúde indígena exige certo esforço, especialmente por parte dos profissionais e das instituições de saúde, que detém posição privilegiada e hegemônica nas sociedades ocidentais no geral. Nesse sentido, Menéndez (2016), ao analisar a implementação de políticas interculturais nos serviços de saúde do México, destaca que, apesar dessas intervenções terem tido sucessos parciais, elas deixaram de incluir diversos aspectos sociais, econômicos e da vida cotidiana dos povos originários mexicanos. O autor destaca que pôde observar em várias pequenas e médias comunidades indígenas mexicanas entre 1976 e 1990 que a maioria dos “curadores tradicionais” misturavam práticas dos “saberes tradicionais”, biomédicos e de outras formas de atenção, o que revela que, para além das diferenças culturais e epistemológicas, existem semelhanças entre as práticas de saúde indígenas e biomédicas. Menéndez (2016) também afirma que existe uma tendência por parte dos pesquisadores, especialmente dos antropólogos, em buscar nos “outros” apenas as diferenças, sem levar em conta as semelhanças que existem entre os diferentes atores sociais, fator que contribui para o estabelecimento de uma visão simplista e não verdadeira sobre os fenômenos

sociais. Por isso, o autor centra sua análise acerca da interculturalidade na saúde nas práticas de autoatenção dos indígenas, porque

“[...] a autoatenção é realizada pelos próprios grupos como parte necessária de seus processos de reprodução social e biológica. Mais ainda, é uma prática baseada na capacidade de agência dos sujeitos e microgrupos, que se dá além da existência ou não de atores que impulsionem a interculturalidade. Através da autoatenção podemos registrar que a interculturalidade é um processo normalizado nos comportamentos da vida cotidiana dos diferentes microgrupos e, especialmente, das famílias. É por isso que, enquanto os funcionários, profissionais e intelectuais que impulsionaram a interculturalidade no México centraram seus objetivos nos curadores tradicionais e em suas cosmovisões, nós propomos que o trabalho intercultural deveria centrar-se nos processos de autoatenção. Não apenas porque neles se desenvolvem a interculturalidade de forma naturalizada e rotineira; não apenas por sua possível eficácia, e sim porque, se estão diminuindo e desaparecendo os curadores tradicionais, os saberes sobre a medicina tradicional persistirão, pelo menos por algum tempo, através da autoatenção” (MENÉNDEZ, 2016: 114-115, tradução minha).

Sendo assim, para que a construção de uma interculturalidade crítica, que dê conta dos reais processos que as comunidades indígenas vivenciam, seja viável nos serviços de saúde, existe uma necessidade constante de repactuação de objetivos e metas entre as instituições de saúde e as comunidades indígenas, visando promover diálogo e participação social na construção de uma política pública inclusiva e eficiente para solucionar os problemas vivenciados pelas populações indígenas, tanto as que vivem nas TIs, quanto as que vivem nas cidades. Durante pesquisa de campo realizada no ASI, pude perceber que poucos problemas e dificuldades puderam ser resolvidos unilateralmente. Quando havia algum problema em relação ao atendimento de um paciente ou grupo, por exemplo, soluções eram discutidas e negociadas entre os profissionais de saúde e depois com o(s) próprio(s) indígena(s). Já quando alguma fragilidade surgia em relação à outras instituições ou em relação aos próprios profissionais de saúde do HUB, reuniões eram marcadas para discutir o assunto. A resolução plurilateral de problemas garante que fragilidades e erros sejam de fato modificados, ou seja, garante que decisões não sejam tomadas arbitrariamente por uma parte que detém mais poder e influência.

Quando as dificuldades em relação ao acolhimento no ASI se apresentaram, foram marcadas diversas reuniões entre os profissionais de saúde do ambulatório e também de outros setores do hospital. Em reunião realizada com a diretoria do hospital para discutir o assunto, os profissionais do ASI inclusive refletiram sobre a



possibilidade de realizar o acolhimento aos pacientes indígenas que vêm encaminhados dos DSEIs semanalmente na CASAI-DF, tanto para fortalecer a relação com a instituição, quanto para minimizar a possibilidade do acolhimento não ser cumprido por conta de fatores como falta de tempo ou indisposição dos pacientes. Também foi discutida a necessidade de elaborar uma nova ficha de acolhimento e de talvez chamar um profissional de saúde sensibilizado com o tema para realizá-los.

A psicóloga chefe da Unidade Psicossocial do HUB, destacou na reunião que um bom plano de ação a ser desenvolvido pelo ASI seria composto por: a) desenvolvimento de uma escuta qualificada dos profissionais; b) realização de um bom acolhimento, que envolve mais do que realizar apenas uma triagem e classificação de risco do paciente. Ela destacou que poucos profissionais são sensíveis para realizar um acolhimento que de fato não seja apenas uma coleta básica de informações; c) realização de um plano terapêutico singular para cada paciente, para que este seja seguido após a saída do paciente do hospital. A psicóloga destacou ainda que, para que esse plano de ação pudesse ser cumprido, seria necessário pensar sobre a educação e o treinamento permanente dos profissionais de saúde, estratégia que inclusive é uma das diretrizes do ASI citadas no primeiro capítulo. Segundo ela, seria interessante também elaborar uma carta de direitos aos pacientes indígenas do ASI, contendo informações sobre as regras de atendimento e direitos que essa população possui em relação à saúde. Para que os pacientes indígenas possam se sentir mais acolhidos e confortáveis no hospital, a profissional também destacou a importância da aparência do ambiente, que poderia ser discutida com o setor de arquitetura do HUB. Por fim, ela destacou que é muito importante que os profissionais de saúde estejam alocados em suas respectivas áreas de interesse, para que o funcionamento do hospital seja mais dinâmico, menos conflituoso e de maior qualidade.

Na mesma reunião também foi discutida a questão da interculturalidade na saúde indígena. Uma antropóloga da equipe destacou que precisamos falar sobre o conceito de cultura no sentido prático, não apenas epistemologicamente. Para ela, falar sobre o conceito de cultura praticamente significa conceituá-la como uma atividade humana e dinâmica. Também destacou que a interculturalidade entre médicos e indígenas se dá de maneira vertical e, por isso, é necessário levar em conta não apenas as diferenças culturais e sim as próprias diferenças socioeconômicas.

Nesse mesmo sentido sociológico de análise, Roberto Cardoso de Oliveira (1972) descreve a relação entre indígenas e o restante da sociedade nacional brasileira. Segundo o autor, o contato entre esses dois grupos pode ser caracterizado pelo que ele chama de “fricção interétnica”, termo equivalente ao conceito de luta de classes da Sociologia. Utilizando dos conceitos weberianos de poder e autoridade, ele afirma que a fricção interétnica acaba por integrar os indígenas à sociedade nacional em uma posição econômica, social e política inferior. Essa análise do autor descarta o conceito simplista de aculturação, que foca apenas na questão dos câmbios culturais decorrentes do contato entre dois ou mais grupos étnicos, sem levar em conta aspectos socioeconômicos e políticos. Outra antropóloga da equipe ainda destacou que a presença ativa e constante dos indígenas nas atividades do ambulatório é pressuposto para o cumprimento das diretrizes e propostas interculturais do ASI. Ela também afirmou que é necessária a compreensão da importância do acolhimento e não apenas uma incorporação automática e mecânica dele. Segundo a profissional, existe uma contradição no conflito em relação ao acolhimento, pois os profissionais de saúde estavam tendo que tomar medidas para que as populações indígenas se sintam bem e acolhidas nos serviços que foram criados para eles mesmos.

As dificuldades em relação à incorporação dos direitos e políticas públicas destinadas aos povos indígenas brasileiros extrapola a área da saúde e a boa vontade de profissionais que são sensibilizados com a causa. A situação política do país influencia muito na garantia desses direitos, que dependem de uma articulação harmoniosa entre as instituições envolvidas. No final de 2018, por exemplo, uma oficina que havia sido marcada na CASAI-DF foi desmarcada sem aviso prévio. A situação ocorreu por causa da constante mudança do quadro de profissionais da CASAI-DF, fator que estava dificultando a organização e comunicação da agenda da instituição. Segundo os profissionais do ASI, depois do impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff as mudanças de pessoal da CASAI-DF passaram a ser bem mais frequentes, o que levava à uma necessidade constante de repactuação do fluxo do ASI com a CASAI-DF. Portanto, é importante destacar que há uma grande reconfiguração de políticas institucionais e públicas quando os governos mudam. Por sua vez, as políticas públicas que dizem respeito às minorias étnicas e raciais costumam ser uma das primeiras a sofrerem alterações, pois são políticas que não recebem muita visibilidade e importância.

Com a mudança do governo federal em 2019, por exemplo, o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, pretendia extinguir a SESAI, conquista histórica dos povos indígenas. Segundo matéria do dia 28 de março de 2019 do jornal O Globo<sup>32</sup>, o plano do ministério era extinguir a SESAI e passar parte de suas atribuições à uma futura secretaria de Atenção Básica. As atividades que fugissem ao escopo dessa nova secretaria, seriam assumidas por estados e municípios. A proposta provocou forte reação do movimento indígena, que pressionou o governo federal a recuar. Ainda segundo a matéria, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil classificou a municipalização dos serviços como uma “evidente catástrofe”. Havia o temor de que as cidades pequenas não tivessem estrutura suficiente para assumir essas atividades. Além disso, existia o receio de que os conflitos locais, especialmente entre indígenas e fazendeiros, interferissem na prestação dos serviços. Por mais que o governo tivesse garantido a continuidade da SESAI, em maio de 2019 o Presidente Jair Bolsonaro assinou decreto<sup>33</sup> que alterou pontos fundamentais do funcionamento da SESAI. O decreto presidencial extinguiu o Departamento de Gestão da secretaria e retirou o caráter democrático e participativo da administração da saúde indígena. Segundo matéria do Instituto de Estudos Socioeconômicos<sup>34</sup>, “para a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, as mudanças do decreto são uma clara tentativa de forçar a municipalização que já havia sido descartada pelo governo em reunião com as lideranças em março e abril”.

Outra mudança importante ocorreu em janeiro de 2019, quando o novo governo de Jair Bolsonaro publicou Medida Provisória (MP) nº 870<sup>35</sup>, que, entre outras modificações, passou a responsabilidade de identificar e delimitar as TIs para o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Essa função era exercida até o momento pela FUNAI, autarquia federal que depois da MP passou a ser vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Essas duas

---

<sup>32</sup> Matéria completa disponível no link: <https://oglobo.globo.com/sociedade/sob-pressao-ministerio-desiste-de-extinguir-secretaria-de-saude-indigena-23558021>. Acesso em: 12 ago. 2019.

<sup>33</sup> Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Disponível no link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm). Acesso em: 12 ago. 2019.

<sup>34</sup> Matéria completa disponível no link: <https://www.inesc.org.br/por-decreto-bolsonaro-forca-a-municipalizacao-da-saude-indigena/>. Acesso em: 12 ago. 2019.

<sup>35</sup> Medida Provisória nº 870/2019 completa disponível no link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm). Acesso em: 12 ago. 2019.

mudanças geraram extrema indignação por parte das organizações indígenas, que destacaram ser de extrema imprudência e violência colocar a responsabilidade da demarcação das TIs na pasta da agricultura, ministério extremamente influenciado por grandes proprietários rurais. O texto da MP foi alterado e aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal no final de maio de 2019. Tais modificações devolveram a identificação e delimitação das TIs à FUNAI, órgão que foi revinculado ao Ministério da Justiça. Sendo assim, em junho de 2019 foi publicada a Lei nº 13.844/2019<sup>36</sup>, que formalizou as mudanças da medida. No mesmo dia da publicação da lei, o presidente Jair Bolsonaro assinou a Medida Provisória nº 886/2019<sup>37</sup>, que alterou novamente as estruturas da Presidência da República e de alguns ministérios. O presidente então devolveu a demarcação de TIs ao MAPA, ação que repercutiu rapidamente entre os parlamentares. A deputada Joenia Wapichana (Rede-RR), única representante indígena na Câmara, afirmou estar indignada com a reedição da MP. A deputada se manifestou pela inconstitucionalidade da volta da competência da demarcação de TIs ao MAPA e cobrou explicações do presidente da República<sup>38</sup>.

Nos três capítulos deste trabalho foram explicitadas algumas características da saúde indígena no âmbito nacional e distrital. Foi argumentado que a atenção de saúde aos povos indígenas que vivem nas TIs e nas cidades se dá de formas distintas. Inclusive, os conflitos que são vivenciados por essas duas populações também são diferentes. De toda forma, vimos que para garantir que as populações indígenas brasileiras sejam atendidas de acordo com suas especificidades sociais, culturais e epidemiológicas, necessitamos capacitar os profissionais de saúde para atuarem em contextos interculturais. Porém, para além da capacitação desses profissionais, necessitamos também construir ou modificar as estruturas institucionais de conhecimento. Ou seja, necessitamos refletir também sobre a necessidade de mudança dos currículos dos cursos de saúde, do papel da ciência biomédica na nossa sociedade e também da própria estrutura do Estado no que diz respeito à garantia dos direitos indígenas. Sendo assim, nas considerações finais pretendo refletir um pouco

<sup>36</sup> Lei nº 13.844/2019 completa disponível no link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm). Acesso em: 12 ago. 2019.

<sup>37</sup> Medida Provisória nº 886/2019 completa disponível no link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv886.htm). Acesso em: 12 ago. 2019.

<sup>38</sup> Informações disponíveis na matéria: <https://www2.camara.leg.br/camara/noticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/578623-DEPUTADOS-COMENTAM-NOVA-MEDIDA-PROVISORIA-QUE-DEVOLVE-DEMARCAÇÃO-DE-TERRAS-INDÍGENAS-A-AGRICULTURA.html>. Acesso em: 12 ago. 2019.

mais sobre a necessidade dessas mudanças ocorrerem para que o atendimento de saúde indígena seja mais eficiente e também discutirei um pouco sobre a importância do papel do antropólogo nesse contexto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes, a falta de ferramentas e técnicas entre os profissionais de saúde em relação à atenção de saúde em contextos interculturais gera conflitos entre esses profissionais e pacientes indígenas. Essa lacuna na formação dos profissionais de saúde nos faz refletir sobre a necessidade de os cursos de saúde abordarem com maior frequência questões que fujam um pouco de uma grade curricular baseada apenas no ensino-aprendizado das ciências biomédicas em si. A disciplina optativa “Saúde Indígena”, por exemplo, foi criada em 2013 pelo DSC da UnB e propicia o desenvolvimento de um processo formativo mais amplo. Essa disciplina se caracteriza por proporcionar uma experiência prática aos estudantes em relação à saúde indígena, fator que pode qualificar a formação em saúde e gerar pesquisas relevantes para a efetivação do direito à saúde da população indígena. “Nessa perspectiva, a disciplina de saúde indígena opera como um celeiro na captação de novos atores e novas facetas sobre o papel do ambulatório [...]” (HOEFEL et al, 2015: 56). Como outro exemplo referente à importância de os cursos de saúde propiciarem aos seus estudantes práticas de atendimento em contextos interculturais podemos citar o próprio caso do médico que atende no ASI. Em entrevista citada acima, constatamos que o profissional obteve experiências de atendimento à pacientes indígenas em sua graduação, o que certamente contribuiu com sua sensibilização ao tema.

Rosa e Guimarães (2016), também falando sobre a formação dos profissionais de saúde, destacam que apesar de haver esforço de algumas instituições e de profissionais para melhorar a qualidade de atendimento na saúde indígena, é importante lembrar que as formações desses profissionais “ainda não estão sensibilizadas o suficiente para que os mesmos sejam capazes de compreender o papel do reconhecimento das diferenças entre os indivíduos ao se prestar assistência à saúde” (ROSA; GUIMARÃES, 2016: 338). Segundo Hoefel et al (2015), a trajetória do ASI também não está isenta de tensões epistemológicas e organizacionais, pois a falta de reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas e da necessidade de ampliação dos serviços interculturais persiste como fator estruturante da nossa sociedade.

Considerando essa situação, é de extrema importância fazer uma reflexão que reconheça as relações de poder estabelecidas entre os conhecimentos

biomédicos/científicos e médicos indígenas. Nesse sentido, Feyerabend (2009) considera que a ciência contemporânea é demasiadamente autoritária e afirma que seu caráter dogmático é uma ameaça à outras formas de organização do conhecimento e à própria democracia. Segundo o autor, a ciência não costuma ser criticada nas universidades, pelo contrário, ela é ensinada como sendo o único método eficaz. Os "fatos" científicos são ensinados em uma idade precoce, assim como os "fatos" religiosos eram ensinados há alguns séculos atrás, sem nenhuma pretensão de crítica. Também é destacado pelo autor o papel que a ciência tem em delegar o que é "verdadeiro" ou "falso". Como exemplo, ele cita o caso do ensino da medicina oriental nas universidades e hospitais da China, ação defendida pelos comunistas chineses durante a Guerra Fria. Quando isso ocorreu, houve uma repercussão negativa no Ocidente, mas agora a ciência chinesa é utilizada pela própria ciência ocidental. De forma semelhante, os conhecimentos médicos indígenas também são extremamente criticados pela ciência biomédica por abrangerem aspectos cosmológicos, o que os tornariam menos verdadeiros e objetivos. Mas, ao mesmo tempo, pesquisas são realizadas em comunidades indígenas para que a utilidade terapêutica de certas plantas seja analisada. Ou seja, conhecimentos populares são apropriados pela ciência, que anuncia o descobrimento de "novas" tecnologias sem dar mérito a outros tipos de conhecimento. Esses e outros exemplos nos levam a constatar que a ciência ocidental moderna detém monopólio em relação à produção de conhecimento.

Para conseguir reverter essa situação, seria importante considerar que a ciência é apenas uma das muitas formas de conhecimento e que todos os tipos de conhecimento deveriam possuir o mesmo espaço para serem discutidos. Feyerabend (2009) conclui sua argumentação sugerindo que cientistas podem e devem ser consultados sobre projetos, mas a decisão final deveria ser delegada aos órgãos democraticamente eleitos, formados principalmente por leigos, pois estes poderiam equilibrar o poder autoritário que a ciência exerce sobre a sociedade. Por sua vez, Walsh (2009), como já destacado, sugere que as relações de poder, desigualdade e colonialidade devem ser rompidas de baixo para cima, com a transformação das estruturas, instituições e relações sociais para que, a partir daí, sejam construídas novas formas de estar, ser, pensar, conhecer, aprender, sentir e viver. Falando especificamente sobre a saúde indígena, o médico do ASI sugere que para ampliar e

qualificar a atenção de saúde aos povos indígenas, as instituições devem estar próximas da comunidade

“[...] de forma a facilitar o acesso à assistência de saúde, como também a realização de intervenções comunitárias de prevenção e promoção de saúde. É fundamental também que essa assistência seja diferenciada e que possa dar conta das peculiaridades dessa população. Por isso é fundamental que participem da atenção tanto profissionais especializados e que conheçam a cultura e a origem dessas populações, como indígenas da própria comunidade. Essa atenção primária deve estar articulada aos hospitais que tenham tanto a estrutura necessária para receber indígenas que tenham necessidade de atenção especializada como dar assistência técnico-científica aos trabalhadores que atuam na comunidade. A universidade deve participar dessa integração com ações de pesquisa e extensão que não se limitem à questão saúde.”

A participação direta das comunidades indígenas na saúde é de extrema importância, seja por meio de controle social, debates, rodas de conversa, manifestações ou até mesmo com a ocupação de indígenas em cargos de profissionais de saúde, como é o caso dos AIS. Apenas com essa participação é possível garantir que outras formas de conhecimento possam ser de fato inseridas na atenção de saúde, gerando mais conforto e eficiência para o tratamento desses pacientes. Além disso, deve-se deslocar a posição de conforto da ciência biomédica e colocá-la em um contato mais próximo e igualitário com outras epistemologias. Quando ocorrem negociações de um itinerário terapêutico entre médico e paciente indígena, por exemplo, significa que está ocorrendo uma interação entre esses dois conhecimentos, movimentação essencial para que as práticas indígenas de saúde sejam levadas em conta no tratamento e valorizadas pelo profissional de saúde. Também é de suma importância que as informações adquiridas pela ciência sejam democratizadas e utilizadas para intervir positivamente nas realidades sociais.

Sendo considerada uma ciência social, também é importante que a Antropologia gere retornos aos grupos ou aos temas pesquisados. Bonet (2018) destaca que uma de suas inquietações diz respeito à dificuldade de veiculação dos estudos antropológicos. Segundo o autor, problemas que já foram discutidos amplamente nos encontros acadêmicos se repetem, fator que o leva a pensar sobre a melhor maneira de compartilhar informações com os gestores de saúde. O autor reflete que não é o bastante fazer etnografias e produzir conhecimento, os



antropólogos devem começar a propor novas ideias que irão melhorar os serviços.

Nesse mesmo sentido, Buchillet (2004) destaca que o conhecimento antropológico

“[...] é imprescindível não apenas para estabelecer de maneira acurada o perfil epidemiológico e sanitário de uma população ou comunidade específica, mas também para subsidiar o planejamento e a execução de ações de saúde (preventivas ou terapêuticas), bem como a organização dos serviços de saúde. Para o antropólogo, não se trata de retificar a cultura indígena, mas sim de mostrar que ela é um processo essencialmente dinâmico e constantemente negociado e renegociado entre os diferentes atores” (BUCHILLET, 2004: 65).

Sendo assim, como destacado por Pellegrini (2008), a contribuição da antropologia no sistema de saúde não está simplesmente relacionada com a resolução de conflitos de ordem estritamente cultural, mas sim com a promoção de consciência sobre a existência de diferentes visões, expectativas e usos da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APURINÃ, Francisco. **O mundo xamânico dos Apurinã**: um desafio de interpretações. Série Antropologia, v. 458. Brasília: DAN/UnB, 2017. p. 1-27. Disponível em: <[http://www.dan.unb.br/images/pdf/serie\\_antropologia/Serie\\_458.pdf](http://www.dan.unb.br/images/pdf/serie_antropologia/Serie_458.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BONET, Octavio. Antropologia na e da saúde: ética, relações de poder e desafios. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (Orgs.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018. p. 97-108. Disponível em: <[http://www.dan.unb.br/images/pdf/Antropologias\\_saude\\_e\\_contextos\\_de\\_crise.pdf](http://www.dan.unb.br/images/pdf/Antropologias_saude_e_contextos_de_crise.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde e PET-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pro\\_saude\\_pet\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf). Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 46, n. 10, p. 1-35, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/22/Boletim-raca-cor-09-04-15-v2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal. **Livro de Admissão e Alta de Pacientes e Acompanhantes da CASAI-DF**. Brasília: CASAI-DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal. **Livro de Relatório de Serviço Externo da CASAI-DF**. Brasília: CASAI-DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal. **Protocolo de Acesso à Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal**. Brasília: CASAI-DF, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/05/Protocolo-de-acesso-a-CASAI-DF.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal. **Regimento Interno**. Brasília: CASAI-DF, 2017d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/05/REGIMENTO-INTERNO-CASAI-DF-REVISADO-2017.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Incentivo à Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)**: manual de orientação. Brasília: SESAI, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/07/Manual-IAE-PI.pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: constituição atualizada até a Emenda Constitucional nº 101/2019. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019 [1988]. 126 p. Disponível em: <[https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html)>. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRAYNER, Thais Nogueira. **É terra indígena porque é sagrada**: Santuário dos Pajés – Brasília/DF. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. Brasília: 2013. Disponível em: <[http://www.dan.unb.br/images/doc/Dissertacao\\_Thais\\_Nogueira\\_Brayner306.pdf](http://www.dan.unb.br/images/doc/Dissertacao_Thais_Nogueira_Brayner306.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2019.

BUCHILLET, Dominique. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2004. p. 53-67.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo**: olhar, ouvir e escrever. In: CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília/São Paulo: Paralelo 15, 1998. Cap. 1. p. 17-35.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Problemas e hipóteses relativos à fricção interétnica. In: CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **A Sociologia do Brasil Indígena**. São Paulo: Editora Tempo Brasileiro, 1972.

COLLINS, Harry; EVANS, Robert. **Repensando a Expertise**. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 2009.

COLLINS, Harry; PINCH, Trevor. O *Act Up* em ação: a cura da AIDS e a expertise leiga. In: COLLINS, Harry; PINCH, Trevor. **O Golem à solta**: o que você deveria saber sobre tecnologia. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 2008. Cap. 7.

CONSTANT, Jósimo da Costa. **A terra é de vocês e a saúde também**: compreendendo a efetivação do direito ao território e à saúde entre os Puyanawa. Série Antropologia, v. 459. Brasília: DAN/UnB, 2017. p. 1-102. Disponível em: <[http://www.dan.unb.br/images/pdf/serie\\_antropologia/Serie\\_459.pdf](http://www.dan.unb.br/images/pdf/serie_antropologia/Serie_459.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CRUZ, Luiza Gabriela de Melo Matos da; GUIMARÃES, Sílvia. Hospitalização de pacientes indígenas no DF/Brasil. In: ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni; MUTIZ, Paula Arévalo (Orgs.). **Saúde e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2016. p. 397-407.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico**. Revista USP, São Paulo, n. 75, p.76-84, 2007.

ESTANISLAU, Bárbara Roberto. **A eterna volta**: migração indígena e Pankararu no Brasil. 106 f. Dissertação (Mestrado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/279703/1/Estanislau\\_BarbaraRoberto\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/279703/1/Estanislau_BarbaraRoberto_M.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2019.

FEYEREBEND, Paul. **Como defender a sociedade contra a ciência**. Curitiba, 2009. Tradução por: Paulo Luiz Durigan. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/daros/files/2856/16814/feyerabend.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2019. (Originalmente publicado em inglês no livro: SELINGER, Evan; CREASE, Robert P. (Orgs.). *The philosophy of expertise*. New York: Columbia University Press, 2006).

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 106-120. Disponível em: <<http://adelco.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Sa%C3%BAde-dos-povos-ind%C3%ADgenas-reflex%C3%B5es-sobre-antropologia-participativa.-LANGDON-Esther-J.-GARNELO-Luiza..pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1977. 241 p. Tradução de: Roberto Machado. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod\\_resource/content/1/FOUCAULT\\_M\\_O\\_Nascimento\\_da\\_Cl\\_237\\_nica.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod_resource/content/1/FOUCAULT_M_O_Nascimento_da_Cl_237_nica.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2019.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Cap. 1. p. 19-58. (Coleção Educação para Todos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG); Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). **População indígena**: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília. Brasília: GDF, 2015. 19 p. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%8Dndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**: estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2017. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES\\_DF-n%C2%BA-77-2017-Estabelece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Estabelece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf)>. Acesso em: 27 maio 2019.

GUIMARÃES, Sílvia. Escritos de uma desigualdade em saúde. *In*: TEIXEIRA, Carla Costa; VALLE, Carlos Guilherme do; NEVES, Rita de Cássia (Orgs.). **Saúde, mediação e mediadores**. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. Cap. 4. p. 139-171.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz et al. PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. Brasília: **Tempus: actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-63, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1691/1398>>. Acesso em: 29 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**: características gerais dos indígenas - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 245 p. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd\\_2010\\_indigenas\\_universo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LANGDON, Esther Jean. A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. *In*: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (Orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Ed. Terra Virgem, 2005. Cap. 4. p. 115-133. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/90915/mod\\_resource/content/1/11031001.PDF](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/90915/mod_resource/content/1/11031001.PDF)>. Acesso em: 31 maio 2019.

LANGDON, Esther Jean et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 2637-2646, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/12.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

LANGDON, Esther Jean; GHIGGI JR., Ari. Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. *In*: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (Orgs.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018. p. 109-125. Disponível em: <[http://www.dan.unb.br/images/pdf/Antropologias\\_saude\\_e\\_contextos\\_de\\_crise.pdf](http://www.dan.unb.br/images/pdf/Antropologias_saude_e_contextos_de_crise.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

LEITE, Ana Cláudia de Oliveira; FERRAZ, Maria Cristina Comunian; ROTHBERG, Danilo. **Ciência, tecnologia e sociedade**: reflexões sobre a comunicação e a participação pública. São Paulo: II Seminário LECOTEC de Comunicação e Ciência, 2009.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica [1949]. *In*: **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

LIMA, Antonio Carlos Souza. **Um Grande Cerco de Paz**: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa. *In*: MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 1. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1976. p. 21-38. (Coleção Os Pensadores, vol. XLIII).

MATSUYAMA, Amanda Mayumi Ferreira. **Reflexões sobre possibilidades e entraves na saúde da comunidade Pankararu no Real Parque**. 164 f. Trabalho de Conclusão de Residência - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MAY, Tim. Observação participante: perspectivas e prática. *In*: MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 7. p. 173-203. Tradução: Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Disponível em: <[http://gege.fct.unesp.br/docentes/geo/necio\\_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/Pesquisa%20Social%20Quest%F5es,%20m%E9todos%20e%20processos.pdf](http://gege.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/Pesquisa%20Social%20Quest%F5es,%20m%E9todos%20e%20processos.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MENÉNDEZ, Eduardo Luiz. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.109-118, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0109.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MATOS, Maria Helena Ortolan. **O processo de criação e consolidação do movimento pan-indígena no Brasil (1970-1980)**. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Universidade de Brasília, 1997.

MORAIS, Sara Santos. Fluxos, viagens, espaço: palavras-chave na busca de um termo além migração, *In*: LOBO, Andréa (org.). **Entre Fluxos**. Brasília: Ed. UnB, 2012. p. 29-56.

NAKASHIMA, Edson Yukio; ALBUQUERQUE, Marcos Alexandre dos Santos. A cultura política da visibilidade: os Pankararu na cidade de São Paulo. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 47, p. 182-201, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eh/v24n47/n47a10.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

NOVO, Marina Pereira. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *In*: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p.1362-1370, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/11.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

OLIVEIRA, Jorge Eremites de; PEREIRA, Levi Marques; BARRETO, Lilian Santos. **Laudo Antropológico referente à diligência técnica realizada em parte da área da antiga Fazenda Bananal, também conhecida como Santuário dos Pajés, localizada na cidade de Brasília, Distrito Federal**. Dourados, 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/69278424/LAUDO-ANTROPOLOGICO-REFERENTE-A-DILIGENCIA-TECNICA-REALIZADA-EM-PARTE-DA-AREA-DA-ANTIGA-FAZENDA-BANANAL-TAMBEM-CONHECIDA-COMO-SANTUARIO-DOS-PAJES-LO>. Acesso em: 24 jul. 2019.

PEIRANO, Mariza. **A eterna juventude da antropologia: etnografia e teoria vivida**. *In*: ECKERT, Cornelia; JIMENO, Myriam; KROTZ, Esteban (Orgs.). Trabajo de campo en América Latina: experiencias antropológicas regionales en etnografía. Buenos Aires: Editorial SB, 2018. (Série Antropología Sociocultural). Disponível em: <[http://www.marizapeirano.com.br/capitulos/2018\\_a\\_eterna\\_juventude\\_da\\_antropologia\\_2.pdf](http://www.marizapeirano.com.br/capitulos/2018_a_eterna_juventude_da_antropologia_2.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2019.

PELLEGRINI, Marcos. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. *In*: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2008.

PEREIRA, Érica Ribeiro et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *In*: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

PIRES, Maria Jaidene; NEVES, Rita de Cássia Maria; FIALHO, Vânia. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. **Anthropológicas**, Recife, v. 27, n. 2, p. 240-262, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/24030/0>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (PIB); INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Direitos constitucionais dos índios**. 2018. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Constitui%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ROSA, Jéssica Camila de Sousa. **A gestão do subsistema de atenção à saúde indígena no Distrito Federal através dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas**. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6149/1/2013\\_JessicaCamiladeSousaRosa.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6149/1/2013_JessicaCamiladeSousaRosa.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2019.

ROSA, Jéssica Camila de Sousa; GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. O direito à saúde dos povos indígenas: uma leitura através dos serviços de saúde de média e alta complexidade. *In*: XAVIER, Lúcia de Oliveira; AVILA, Carlos F. Domínguez; FONSECA, Vicente (Orgs.). **Direitos humanos, cidadania e violência no Brasil: estudos interdisciplinares**, vol. 4. Curitiba: Editora CRV, 2016. p. 327-340.

SAHLINS, Marshall. O 'pessimismo sentimental' e a Experiência Etnográfica: por que a cultura não é um 'objeto' em via de extinção. Rio de Janeiro: **Mana**, v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997.

TEMPESTA, Giovana Acacia. **Os fluidos limites do corpo**: reflexões sobre saúde indígena no leste de Roraima. Anuário Antropológico, Brasília, v. 35, n. 1, p. 129-148, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/7032>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

VIEIRA, Flávia Maria Martins. **Profissionais de saúde em contextos indígenas**: uma perspectiva antropológica. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Departamento de Antropologia e Museologia. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2019.

WALSH, Catherine. Interculturalidad crítica y educación intercultural. *In*: VIAÑA, Jorge; TAPIA, Luis; WALSH, Catherine (Orgs.). **Construyendo interculturalidad crítica**. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convénio Andrés Bello, 2010. p. 75-96. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/tiagovarges/construyendo-la-interculturalidad-critica>>. Acesso em: 10 ago. 2019.